المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية
كلية العلوم الاجتماعية
قسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية

# تصور مقترح لبناء إستراتيجية برامج رعاية لاحقة للمتعافين من الإدمان

(دراسة ميدانية ضمن متطلبات الحصول على درجة الماجستير في الخدمة الاجتماعية مسار الإدارة والتخطيط)

إعداد الطالب
عبدالرحمن بن محمد الخراشي

إشراف
أ.د.أيمن إسماعيل محمود يعقوب
الأستاذ بقسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية

١٤٣١هـ/٢٠١٠م

# إهــــــداء

أهدي هذا البحث إلى والدي ووالدتي ،،،،،

كما أهدي هذا البحث إلى أخواني وأخواتي ،،،،،

راجياً من الله العلي القدير أن يوفقهم ويسدد خطاهم إلى ما فيه الخير.....

الباحث

# شكر وتقدير

أتقدم بالشكر لله سبحانه وتعالى الذي أمدني بعونه وتوفيقه على إنجاز هذه الدراسة ،،،

ثم أتقدم بالشكر والاعتراف بالفضل لكل من ساهم من قريب أو بعيد بشكل مباشر أو غير مباشر في إعداد هذه الدراسة وأرجو لهم من الله الثواب والأجر،،،

ولمزيد من الاعتراف بالفضل أخص بالذكر الدكتور /

**أيمن يعقوب**

الـذي أشـرف علـى إعـداد هـذه الدراسـة وكـان لتوجيهاتـه وإرشاداته أكبر الأثر في إنجازها ،،،

الباحث

**الصعوبات التي واجهت الباحث في أعداد هذه الدراسة**

١) عدم فهم بعض أفراد العينة أهيمه البحث العلمي مما أدى إلى تخوفهم في الإجابة على أسئلة الاستبيان واستغرق الكثير من الوقت في عمليه إقناعهم.

٢) عدم التزام أفراد العينة بتسليم الاستمارات في مواعيدها التي تم الاتفاق معهم عليه.

٣) تزامن فتره الانتهاء من الدراسة مع أوقات الذروة في مكاتب الطباعة مما شكل على الباحث ضغط عصبيا في تقديم الطباعة ومراجعتها.

٤) عدم إمكانية الباحث إلى التوصل عن بيانات أو إحصائيات أو أسماء للمتعافين من الإدمان مما شكل صعوبة بالنسبة للباحث ودفعه إلى الاقتصار على تقديم التصور المقترح من وجهة نظر الممارسين والأكاديميين.

# ملخص الدراسة

دار موضوع الدراسة حول وضع استراتيجية مقترحة للحد من العودة إلى إدمان وتعاطي المخدرات ورعاية المتعافين من الإدمان ، وقد هدفت الدراسة إلى معرفة أشكال الجهود الحالية لبرامج الرعاية اللاحقة المقدمة للمتعافين من الإدمان، ومعرفة طبيعة البرامج التوجيهية المقدمة للمتعافين من إدمان المخدرات ومعرفة دور البرامج الحالية للرعاية اللاحقة للمتعافين من إدمان وتعاطي المخدرات في الحد من عودتهم إلى التعاطي، والتعرف على طبيعة مقومات الإستراتيجية المقترحة لبرامج الرعاية اللاحقة للمتعافين من الإدمان (مقوم المسؤولية ، مقوم نوعية الخدمات التي يجب أن تحتويها الرعاية اللاحقة للمتعافين، مقوم المنظمات المقدمة للخدمة والداعمة لها، ومقوم الموارد، ومقوم المستفيدين من المتعافين) .

وتحقيقاً لهذا اعتمد الباحث في هذه الدراسة على المنهج الوصفي المسحي التحليلي للوصول إلى تصور مقترح لتفعيل دور المؤسسات التعليمية في الوقاية من المخدرات ، وتم عمل مسح شامل للممارسين في مستشفيات الصحة النفسية ومستشفى الأمل في مدينة الرياض وجدة والمنطقة الشرقية وكان عددهم ٥٠ ، أما بالنسبة للأكاديميين فقد تم اختيار ٥١ مبحوث وذلك بتوزيع استمارة استبيان لكل من الأكاديميين والممارسين ، وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها :

<u>النتائج الخاصة بالممارسين :</u>

- أن المستشفى تقوم بعمل لقاءات لتثقيف أسر المتعافين بطرق التعامل معهم بنسبة ٨٠٪.
- أن المستشفى تقوم بتوفير الوعظ وعلماء الدين للتوعية بأضرار المخدرات من خلال محاضرات يتم إلقاءها على المتعافين بنسبة ٩٨٪.
- أن المستشفى تقوم بعمل المسابقات الدينية وتمنح جوائز للفائزين من المتعافين بنسبة ٨٨٪.
- أن المستشفى تقدم كتيبات لتقوية الوازع الديني لدى المتعافين للحد من عودهم إلى الإدمان بنسبة ٨٨٪.

- أن المستشفى تقوم بمساعدة المتعافين في الحصول على وظائف في مؤسسات خاصة وحكومية بنسبة ٨٨٪.
- أن البرامج تسهم في تعزيز قدرة المدمن المتعافي على مواجهة المواقف الصعبة بنسبة ٨٨٪.
- أن البرامج التي تقدم للمتعافين تساعد في اتخاذ القرارات المناسبة بنسبة ٩٢٪.

النتائج الخاصة بالأكاديميين

- أن القائمون على تنفيذ البرامج الخاصة برعاية المدمنين من الذين تقع عليهم مسئولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية بنسبة ٨٤،٣٪.
- أن الأخصائيون الاجتماعيون بمؤسسات رعاية المدمنين من الذين تقع عليهم مسئولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية بنسبة ٩٦،١٪.
- أن الخدمات المساعدة (نفسية وتأهيلية) من الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعافين من الإدمان بنسبة ٩٠،٢٪.
- أن البرامج التأهيلية والتدريبية من الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعافين من الإدمان بنسبة ٩٢،٢٪.
- أن القطاع الخاص من المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان بنسبة ٩٠،٢٪.
- أن جزء من الميزانية العامة للدولة من الموارد التي يمكن الاستفادة منها في تنفيذ سياسة رعاية الشباب بنسبة ٩٢،٢٪.
- أن المستفيدين من البرامج هم المتعافين الذين يلتحقون بالمستشفيات عن طريق الأهل بنسبة ٨٢،٤٪.

وقد أوصت الدراسة بعدة توصيات :

- الاهتمام بالجانب التثقيفي للمتعافين من الإدمان عن طريق وضع برامج توعوية وتثقيفية بخطورة العودة إلى إدمان وتعاطي المخدرات.
- زيادة الدعم المادي والمعنوي للمتعافين من الإدمان بالشكل الذي يسهم في تلبية احتياجاته ، واحتياجات أسرته.

- توعية المجتمع بتقبل المتعافين من الإدمان حتى لا تحدث أية انتكاسة بسبب رفض المجتمع وسوء تعامل أفراد المجتمع مع هذه الفئة.
- تنمية النواحي الإيجابية والسلوك الإيجابي للمدمن المتعافي.
- توفير الخدمات الاجتماعية المناسبة للمتعافين من الإدمان.

## The study's summary/ A summary of the study

The topic of the study is about setting a suggested strategy to stop the return of addiction and drug abuse, as well as, taking care of convalesced from addiction. The study was aimed to learn the current efforts' forms for programs of following up care that are provided for convalesced from addiction. In addition, it was aimed to know the nature of guided programs that are provided to convalesced people, and to know the role of the current programs of following up care program to prevent them from drug abuse again. Moreover, it was aimed to know elements of the suggested strategy for following up care program for convalesced from addiction,( Responsibility element, element of service quality that should be include in following up care programs, organization's element that provide the service and supporting it, resources element, and element of people who benefit from convalesced.)

To achieve this, the researcher depends in this study on analytic, descriptive and survey approach to get a suggested conception to activate the role of educational institutions in drug prevention. A comprehensive survey was made for the practitioners in psychological hospitals and Alamal hospital in Riyadh, Jaddah, and the eastern region. They were 50 practitioners. While for the academic, the 51 researches were choosen, thus by distributing a questionnaire on both academic and practitioners. The study has reached several results, including:

The results of practitioners:

- Hospital holds meetings to educate the convalesced families about how to deal with them , rates 80%
- hospital provides Sermons and scholars to raise the awareness of the drug disadvantages by lectures that are given for convalesced, rates 98%
- hospital holds religious competitions and provides rewards for the winners, rates
- 88%
- hospital offers religious handbooks to strengthen the religious morals for convalesced to prohibit them from return back to addiction, rates 88%
- hospital helps the convalesced to get jobs in governmental and private institutions , rates 88%
- programs contribute on promoting the convalesced ability to face struggles, rate 88%
- programs which are provided to convalesced help in taking suitable decisions, rate 92%

The academic results:

- people who work on executing private programs by taking care of addicted who are responsible on setting that strategy, rate 84.3%
- social specialists from addicted caring institutions who are responsible for setting that strategy , rate 96.1%
- helping services ( psychological and rehabilitation services)should be offered for the convalesced , rate 90.2%
- training and rehabilitation programs are from services that should be provided to convalesced , rate 92.2%
- private sectors of organizations that should have responsibility on forming a policy of social convalesced ,rate 90.2%

- a part of the state public budget from resources that can be utilized in implementing a youth caring policy, rates 92.2%
- people who benefit from the programs are the convalesced who join hospitals through their families, rate 82.4%

The study has reached to several recommendations:

- Concerning on the educational aspects of the convalesced through setting educational programs about the danger of returning back to addiction.
- Increasing the physical and moral support of convalesced in a way that contributes on meeting his/her needs as well as his/her family needs.
- Raising the awareness in the society about accepting the convalesced to prevent him /her from any relapse due to the rejection of the society and the misbehavior from the society's members.
- Developing the positive aspects and behavior for the convalesced.
- Providing suitable social services for the convalesced.

# فهرس الموضوعات

| الموضوعات | رقم الصفحة |
| --- | --- |

# فهرس الجداول

# الباب الأول

# التمهيد لمشكلة الدراسة

**أولاً : مدخل لمشكلة الدراسة :**

تعتبر التنمية ذلك الجهد المـنظم لتنميـة مـوارد المجتمـع الاقتـصادية والاجتماعية والسياسية بقصد القضاء على التخلف واللحـاق بركـب الحـضارة وتوفير الحياة الكريمة لكل فرد من أفرد المجتمع (النوري،١٤٠٩هـ ـ، ص:٢٧) ويعرفها بعضهم بأنها عملية شاملة تهدف إلى إحداث زيادة قدرت المجتمع الذاتية على إشباع حاجاته المادية والمعنوية الإبداعية لمواجهة مـشكلاته وحلهـا ذاتيـاً للتخلص من التبعية وما يترتب عليها (أبوعينين،١٤٠٧هـ ـ، ص:٦٦) ويعرفهـا سعد الدين إبراهيم " بأنها انبثاق ونمو كل الإمكانيات والطاقات الكامنة في كيـان معين بشكل كامل ومتوازن –سـواء كـان هـذا الكيـان فـرداً أو جماعـة أو مجتمعاً"(الخميسي،٢٠٠٥م، ص:١٠٧).

ويشير تقرير التنمية البشرية الأول الصادر عن برنـامج الأمـم المتحـدة الإنمائي إلى التنمية البشرية على أنها عملية لتوسيع نطاق الخيارات المتاحة للناس وهي ثلاثة خيارات رئيسية :١- تحقيق حياة صحية أطول ٢-اكتساب تعليم أفضل ٣-الحصول على الموارد اللازمة لمستوى معيشي كريم، وبـالرغم مـن تعـدد التعريفات للتنمية إلا أن هناك بعض الجوانب المشتركة في هذه التعارف والمفاهيم المستخدمة حيث أنها تتفق في الإشارة إلى بعض الظواهر الخاصة بالتغير الثقافي ونمـو الديناميـة الاجتماعيـة (الجـوهري،١٩٨٥م، ص:٢٣) وأهـم المبـادئ والخصائص التي تقوم عليها التنمية هي أن التنمية عملية شاملة لجميـع جوانـب الحياة كما أنها عملية داخلية ذاتية وأن هناك العديد من المقومـات للتنميـة مثـل الموارد الطبيعية والبشرية ورأس المال وأن التنمية عملية تغيير شاملة ومستمرة، وهي تتطلب أن يشترك فيها كل من المواطن والدولة، وتهدف إلى القضاء علـى التخلف والتبعية وتؤكد الاعتماد على الذات وتهدف إلى توفير حياة كريمـة لكـل أفراد الشعب. وهي ليست طريق واحد محدد وإنما تتعدد وتتنوع طرقهـا بتنـوع الإمكانات الكامنة.(الخميسي،٢٠٠٥م، ص:١١٤).

والتنمية تمثل وعي ثقافي واجتماعي بالدرجة الأولى وإحـساس ومواطنـه ومشاركة في تنمية المجتمع بالدرجة الثانية، كما أن التنمية ليـست قـضية علـم

فحسب، لكنها قضية علم وخيار أيديولوجي أو عقائـدي، وقيمـي وأخلاقـي، ولا يتحقق ذلك إلا من خلال البعد التربوي.

**التنمية البشرية فى المملكة العربية السعودية:**

وتمثل الموارد البشرية وتنميتها في المجتمع السعودي حجر الزاوية لنقطة التقاء الأهداف والغايات الأساسية لعملية التنمية، استنادا إلى القناعة بأن الارتقاء بخصائص الموارد البشرية وتحسين كفاءتها التقنية والإنتاجية يؤدي إلى تحـسين مستوى أداء العمل والى تحقيق التنمية الحضارية والبشرية.

وقد بدأت مسيرة التنمية البشرية في المملكة بداية مبكرة حين أنشأ المغفور له بإذن الله الملك عبد العزيز بن عبد الرحمن آل سعود مديرية المعـارف عـام ١٣٤٤هـ عقب دخوله مكة وقبل إعلان توحيد المملكة، ثم أسس المعهد العلمـي عام ١٣٤٥هـ والذي يعد علامة بارزة في نظام التعليم وتخريج أجيال متعاقبة من المعلمين والمتخصصين في العلوم الشرعية واللغة العربية ويعـد مـن البـدايات الأولى للتعليم العالي، ثم أنشئت مدرسة تحضير البعثات عام ١٣٥٥هـ كـأول مدرسة ثانوية حكومية بهدف إعداد الطلاب للابتعاث إلى بعض الكليات في مصر.

وتوالى إقامة المنشآت التعليمية إلى أن جاءت الانطلاقة الكبرى في تـاريخ التعليم بإنشاء وزارة المعارف عام ١٣٧٣هـ لتتولى مـسؤولية وضـع وتنفيـذ السياسة التعليمية في المملكة ثم تختص بما بتعلق بالتعليم العام للبنين، وكان خادم الحرمين الشريفين الملك فهد بن عبد العزيز حفظه الله أول وزير لها وفي عهـده بالوزارة تضاعفت ميزانية التعليم عدة مرات تقـديرا مـن ولاة الأمـر لأهميـة الاستثمار في رأس المال البشري، وتم وضع أول هيكل تنظيمي للوزارة وإنـشاء العديد من المدارس في مختلف مراحلها ونوعياتها بما فيها مدارس التعليم الفنـي الصناعي إدراكا منة الدولة لأهمية هذا النوع من التعليم في توفير العمالة الفنيـة ذات المهارات المطلوبة لاحتياجات التنمية، كما تم وضع حجـر الأسـاس لأول

جامعة في المملكة وهي جامعة الملك سعود عام ١٣٧٧هـ .(الجوهري، ١٩٨٥م، ص:٥٦).

واستمر الاهتمام بتنمية الموارد البشرية واستكمال إنشاء الأجهزة المعنيـة بمختلف مجالاتها، فإلى جانب وزارة المعارف تم إنشاء الرئاسـة العامـة لتعلـيم البنات عام ١٣٨٠هـ لتتولى تعليم وتأهيل الفتاة السعودية في كافة مراحل التعلـيم ومعهد الإدارة العامة عام ١٣٨٠هـ لتوفير الكوادر الوطنية المدربة في المجالات الإدارية والمالية المختلفة والأنشطة المرتبطة بها، ووزارة التعلـيم العـالي عـام ١٣٩٥هـ لتتولى التخطيط والإشراف والتنسيق والمتابعة فيمـا يتعلـق بـالتعليم الجامعي والمؤسسة العامة للتعليم الفني والتدريب المهني عام ١٤٠٠هـ ـ لتنفيـذ الخطط والبرامج الموضوعة لاعداد وتدريب القوى الوطنية المهنية والفنية، كما تم إحكام التنسيق بين كافة الجهات المعنية بالتعليم والتدريب من خلال إنشاء اللجنـة العليا لسياسة التعليم عام ١٣٨٣هـ لرسم السياسات التعليمية ومجلس التعليم العالي للإشراف على شئون التعليم العالي والتنسيق بين مؤسساته ويـرأس كـل منهمـا خادم الحرمين الشريفين الملك فهد بن عبد العزيز باعتبـاره حفظـه الله رئيـسا لمجلس الوزراء.

ومع التوجه إلى التخطيط التنموي أعطي محور تنمية المـوارد البـشرية مكانة متميزة في أهداف واستراتيجيات وبرامج كافة خطط التنميـة والتـي بـدأ تنفيذها اعتبارا من عام ١٣٩٠هـ ونفذ منها حتى الآن ست خطط، بغرض تكوين المواطن العامل المنتج وتوفير الروافد التي توصله لذلك.

وانعكس الاهتمام بتنمية رأس المال البشري من قبل الدولـة فـي تزايـد الاعتمادات المالية المخصصة له لتوفير المرافق التعليمية والتجهيزات والمـوارد البشرية التي تقوم بالتدريس والتدريب إدارة العملية التعليمية والتدريبية. وتوضـح المؤشرات البيانات التالية الزيادة المستمرة في حجم الإنفاق على تنميـة المـوارد البشرية : (أبو عينين، ١٤٠٧هـ، ص:٩٦).

١) في عام ١٣٧٢هـ كانت ميزانية مديرية المعارف آنذاك نحو ١٢,٨ مليون ريال، وبعد تحويلها إلى وزارة عام ١٣٧٣هت وتعيين خادم الحرمين الشريفين الملك فهد بن عبد العزيز وزيرا لها ارتفعت ميزانيتها إلى ٢٠ مليون ريال، ثم إلى حوالي ٨٤,٦ مليون ريال عام ١٣٧٤هـ، وبلغت عام ١٣٧٦هـ نحو ٨٨,٧ مليون ريال.

٢) ارتفاع الإنفاق الفعلي على تنمية الموارد البشرية في خطط التنمية الخمسية التي تم تنفيذها اعتبارا من عام ١٣٩٠هـ حيث تزايدت وبشكل متواصل الاعتمادات المخصصة لتنمية الموارد البشرية خاصة بعد إرساء قواعد الاقتصاد الحديث وتجهيزاته الأساسية.

وتستند تنمية القوى البشرية في المملكة إلى مجموعة متكاملة من الركائز تحدد الأسس والبرامج التي من خلالها يتم إعداد وتأهيل الموارد البشرية لتكون المحصلة هي مواطن ملتزم بمبادئ الإسلام، وملم بالتراث الثقافي والحضاري، وقادر على العمل ومتقنا له، ومن أهم هذه الركائز ما يلي :

١) الالتزام بمبادئ الشريعة الإسلامية باعتبارها المنهج الشامل للحياة الذي ينظم السلوك الإنساني علما وعملا وخلقا ويوضح الحقوق والواجبات التي تمس المجتمع على مستوى الفرد والجماعة.

وقد نصت المادة الأولى من النظام الأساسي للحكم الصادر بالمرسوم الملكي الكريم رقم أ/٩٠وتاريخ ١٤١٢/٨/٢٧هـ أن " المملكة العربية السعودية دولة عربية إسلامية ذات سيادة تامة دينها الإسلام ودستورها كتاب الله تعالى وسنة رسوله صلى الله عليه وسلم ".

وجاء في المادة الثالثة عشرة من النظام " يهدف التعليم الى غرس العقيدة الإسلامية في نفوس النشء وإكسابهم المعارف والمهارات وتهيئتهم ليكونوا أعضاء نافعين في بناء مجتمعهم محبين لوطنهم معتزين بتاريخه".

وتضمنت وثيقة التعليم الصادرة من اللجنة العليا لسياسة التعليم عام ١٣٩٠هـ عن سياسة التعليم في المملكة أن " السياسة التعليمية في المملكة العربية السعودية تنبثق من الإسلام الذي تدين به الأمة عقيدة عبادة وخلقـا وشريعة وحكما ونظاما متكاملا للحيـاة ".

كما نصت المادة الأولى من نظام مجلس التعليم العالي والجامعـات الصادر بالمرسوم الملكي الكريم رقم م/٨ وتاريخ ١٤١٤/٦/٤هـ على أن " الجامعات مؤسسات علمية وثقافية تعمل على هدى الشريعة الإسـلامية، وتقوم بتنفيذ السياسة التعليمية بتوفير التعليم الجامعي والدراسـات العليـا والنهوض بالبحث العلمي والقيام بالتأليف والترجمة والنشر وخدمة المجتمع في نطاق اختصاصها " ٠(الخميسي، ٢٠٠٥م،ص ص: ٨٦-٨٧).

٢) تعزيز مكانة الإنسان كقيمة التزاما بقوله تعالى " ولقد كرمنا بني آدم وحملناهم في البر والبحر ورزقناهم من الطيبات وفضلناهم على كثير ممن خلقنا تفضيلا "، وانطلاقا من هذا المبدأ تسعى برامج تنمية القوى البشرية في المملكة إلى تأكيد مكانة الإنسان في المجتمع وتمكينه من تنمية وتطوير سماته وقدراته من مختلف الجوانب الدينية والفكرية والخلقيـة والثقافيـة والاجتماعية والجسمية والعملية بصورة متوازنة وشاملة وتأهيلـه للقيـام بواجباته كمواطن صالح في المجتمع.

٣) التكافؤ في الفرص حيث يتاح التعليم والتدريب لكافة الأفراد المجتمع مع الالتزام بالضوابط الشرعية مما يعطي المساواة أمام الذكور والإنـاث أسوياء أو معاقين وقد أشارت وثيقة سياسة التعليم إلى أن " طلـب العلـم فرض على كل فرد بحكم الإسلام ونشره وتيسيره في المراحل المختلفـة واجب على الدولة بقدر وسعها وإمكانياتها " و" تقرير حق الفتاة في التعليم بما يلائم فطرتها ويعدها لمهمتها في الحيـــاة " و " التربيـة الخاصـة والعناية بالطلاب المعوقين جسميا أو عقليا عملا بهدي الإسلام الذي يجعل التعليم حقا مشاعا بين جميع أبناء الأمة " و " العناية بـالمتخلفين دراسـيا

والعمل على إزالة ما يمكن إزالته من أسباب هذا التخلف ووضع برامج خاصة دائمة ومؤقتة وفق حاجاتهم ".

٤) العمل على توفير متطلبات التنمية الاقتصادية فالسياسة التعليمية تستهدف ربط التربية والتعليم في جميع المراحل بخطة التنمية العامة للدولة، كما وضعت خطط التنمية في أولويات أهدافها تنمية القوى البشرية والتأكد المستمر من زيادة عرضها ورفع كفاءتها لتلبية متطلبات الاقتصاد الوطني.

٥) ربط الفرد بالمجتمع وقيمه من خلال تبصيره بالتراث التاريخي والثقافي والحضاري للأمة الإسلامية والمجتمع السعودي وترسيخ أسس التماسك والتكافل الاجتماعي لديه وعلى ضوء ذلك يتم وضع المناهج والمقررات وفقا لمراحل زمنية تتناسب مع الفئات العمرية للأفراد.

٦) إتاحة فرص العمل لمخرجات التعليم والتدريب استنادا إلى الأصول المرجعية الإسلامية التي تقرر تقدير العمل والحث على إتقانه واعتباره وسيلة الكسب وتأدية الالتزامات نحو الأسرة والمجتمع.

هذا وقد ركزت خطة التنمية السعودية الثامنة (٢٠٠٥-٢٠٠٩)على الجوانب الإنتاجية وتنميتها بإعطاء دور أكبر للقطاع الخاص، وذلك لبدء عهد جديد للمجتمع السعودي في حصوله على الخدمات بسعر بعيداً عن الترفيه والترف. وتستهدف الخطة الوصول بالناتج المحلي الإجمالي الحقيقي إلى نحو ٨٩٥,٢ مليار ريال في عام ٢٠٠٩، مقارنة بناتج محلي إجمالي بلغ ٧١٤,٩ مليار ريال في عام ٢٠٠٤، أي تحقيق معدل نمو سنوي متوسط قدره ٤,٦ في المئة بالأسعار الثابتة لعام ١٩٩٩م.(الخميسي، ٢٠٠٥م، ص ص:١٦٦-١٦٧).

الأهداف العامة والأسس الإستراتيجية لخطة التنمية الثامنة(٢٠٠٥-٢٠٠٩)، واضعة في الاعتبار ان المرحلة المقبلة هي "المحك" لقدرة الاقتصاد السعودي على التوافق مع ظروفها وتحدياتها، والتي يعد من أبرزها الانضمام إلى منظمة التجارة

العالمية والتوافق مع استمرارية متطلبات العولمة والألفية الثالثة. وتظهر تفاصـيل الخطة الاقتصادية في توقع السعودية ارتفاع قيمة صادرات الـنفط الخـام الـى ٣٩٨,٥ مليار ريال "١٠٦,٣ مليار دولار" بحلول عام ٢٠٠٩ بزيادة ثمانيـة فـي المئة من ٣٦٨,٨ مليار ريال عام ٢٠٠٤. بينما كانت نـسبة النمـو الاقتـصادي ٣,٤٤ في المئة في السنوات ٢٠٠٠-٢٠٠٤. ونشرت وزارة الاقتصاد والتخطيط في موقعها على الانترنت ان القيمة الاجمالية المتوقعة لصادرات النفط فـي عـام ٢٠٠٩ تمثل ٣٤,٩ في المئة من الناتج المحلي الاجمالي مقابل ٣٩,٧ فـي المئـة عام ٢٠٠٤. وتشير الارقام الى ان السعودية - التي تعتزم زيادة طاقة انتاج النفط بنسبة ١٤ في المئة الى ١٢,٥ مليون برميل يوميا بحلول عـام ٢٠٠٩ تـستخدم تقديرات متحفظة تحسبا لاي انخفاض في أسعار النفط. وعلى رغم تقلبات الاسعار فان ايرادات النفط ارتفعت بمعدل سنوي يبلغ ١٧,٥ في المئة في المتوسـط فـي الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٤. والخطة الثامنة تمثل استمرار النهج التنموي في الـسياسة الاقتصادية وتنويع مصادر الدخل وتوسيع القاعدة الإنتاجية في مختلف المجالات". وتركز الخطة على رفع مستوى المعيشة وتحسين نوعية الحياة وتـوفير فـرص العمل للمواطنين، وتنمية الموارد البشرية عن طريق الاستمرار في تطوير التعليم والتدريب واكتساب المهارات والتوسع في العلوم التطبيقيـة. وتتطلـب سياسـات عاجلة لإعادة الهيكلة لتقليص العمالة الأجنبية والتحيز لاستقطاب الوطنية المؤهلة لزيادة الإنتاجية. ويتزامن ذلك، مع مؤشرات وضعت تعتبر السعودية من أعلـى المعدلات السكانية في العالم وهناك نحو أكثر من ٦٠٠ ألف طالب في سن العمل تسعى الحكومة لإدخالهم في سوق العمل. وتشدد بنود الأهداف العامة للخطة على الحرص بالارتقاء بمهارات العمالة السعوديين وإعادة تـأهيلهم وتـدريبهم لرفـع إنتاجيتهم. وتستدعي الاولويات الاقتصادية المقبلة الانتقال بالاقتصاد السعودي من "المحلية" إلى "العالمية" التي تعده للدخول إلى القرن المقبل. ولا بد لتحقيـق ذلـك السعي لكسر احتكار الأنشطة الاقتصادية، بحيث يصبح تعدد النشاط عملية إجرائية بحتة، بهدف تحويل البلاد إلى مركز لتدفق الاستثمارات الأجنبية وليس مـصدراً له.(وزارة الاقتصاد والتخطيط، خطط التنمية).

وسيرفع النمو المتوقع للاقتصاد الناتج المحلي الاجمالي الى ٨٩٥,٢ مليـار دولار في ٢٠٠٩ بزيادة نسبتها ٢٥ في المئة من مستوى ٧١٥ مليار ريال عـام ٢٠٠٤. واحتسبت أرقام الناتج المحلي على أساس الاسعار الثابتـة لعـام ١٩٩٩. وتشير خطط للاجل الاطول الى نمو الناتج المحلي الى ١,١٨٩ تريليون ريال عام ٢٠١٤ والى ٢,٥٤٢ تريليون ريال عام ٢٠٢٤. وبنيت خطة ٢٠٠٥-٢٠٠٩ على أساس معدل تضخم سنوي يبلغ ٠,٦ في المئة مقارنة مع انكمـاش سـنوي فـي الاسعار بنسبة ٠,٦ في المئة في السنوات الخمس السابقة. وتعتبر أهـم الاهـداف الرئيسة للخطة تحسين مستويات معيشة السعوديين. وتتوقع ارتفاعا بنسبة ١١ في المئة في نصيب الفرد من الناتج المحلي الاجمالي الذي بلغ ٤٣٣٠٠ ريـال عـام ٢٠٠٤ بحسب وزارة الاقتصاد. ولا تأخذ هذه الارقام في الحسبان نحـو سـبعة ملايين أجنبي يعملون في البلاد. كما شلمت التوقعات نموا سنويا بنسبة ١٠,٧ في المئة في الاستثمارات التي ستمثل ٢٧,٣ في المئة من الناتج المحلي الاجمالي عام ٢٠٠٩ ارتفاعا من ٢٠,٥ في المئة عام ٢٠٠٤. وتهدف الخطة في الاساس الـى خلق ١,٢١ مليون وظيفة خلال السنوات الخمس لخفـض معـدل البطالـة بـين السعوديين الى ٢,٨٤ في المئة عام ٢٠٠٩ من ٧,٠٤ في المئة عام ٢٠٠٤.

وتعتمد السعودية اعتمادا كبيرا على العمالة الاجنبية خصوصاً مـن الـشرق الاوسط وشبه القارة الهندية. وحتى عام ٢٠٠٤ كان السعوديون يمثلون ٥٣,٢ في المئة من مجموع قوة العمل مقارنة مع ٤٤,٢ في المئة عام ١٩٩٩. وعلى الجانب الآخر تبرز الخطة الثامنة، دور المرأة كأحد الأهداف الجديدة، ما يعكس تطـوراً في الفكر الاقتصادي لصانع القرار، في إزالة المعوقـات أمـام مـشاركتها فـي الأنشطة الاقتصادية.

ويعني هذا مزيداً من الدعم السابق، حيث حصلت المرأة السعودية على دعم عزز مسيرتها وتم إنشاء المجلس الاستشاري النسائي، الذي يعمل في إطار الخطة الحالية لسعودة الوظائف وتوطينها والاحتياجات الوظيفية النسائية فـي القطـاعين العام والخاص، إذ تتدنى نسبة السعوديات في سوق العمل إلى نحو ١٤ في المئـة

من حجم العمالة السعودية في القطاع الحكومي، و٠,٥ في المئة في القطاع الخاص.

كما أنشأت الهيئة العامة للاستثمار مركز خدمة المستثمرات، وتم اتخاذ الخطوات اللازمة لإنشاء مدينة صناعية نسائية يعمل بها ١٠ آلاف امرأة وتضم ٨٣ مصنعاً ومركز تدريب وتأهيل للنهوض بصناعة نسائية سعودية خاصة، ما يقلص حجم العاطلات عن العمل، خصوصاً وأن تقديرات تشير إلى أن ثلاثة ملايين امرأة عاطلة عن العمل في السعودية، منهن ٨٠٠ آلف في مدينة جدة وحدها.

ويرى اقتصاديون سعوديون (وزارة الاقتصاد والتخطيط،١٣٩٠هـ:٢٥) أن خطة التنمية الثامنة تأتي في ظروف مغايرة للخطط السابقة، التي كانت تهدف إلى كيفية تصريف الموارد المالية. ولقد جعلت المملكة العربية السعودية من معالجة قضايا تنمية وتطوير القوى البشرية الوطنية وتوظيفها أهم المرتكزات الأساسية للتنمية الاقتصادية والاجتماعية. ولتحقيق هذا التوجه، فقد تم بذل عدد من الجهود لتنمية القوى العاملة الوطنية، وإحلالها محل العمالة الوافدة، حيث ركزت خطط التنمية المتوالية على ذلك، فخطة التنمية الأولى أولت تنمية الموارد البشرية من خلال تعليم وتدريب القوى البشرية، لتتمكن عناصر المجتمع المختلفة من زيادة مساهمتها الإنتاجية، وإجراء الدراسات والبحوث لحل كافة المشكلات التي تواجه القوى العاملة الوطنية.

أما الخطة الثانية، فقد ركزت على دعم القطاع الخاص بمجموعة من السياسات والإجراءات الداعمة، ومنها اعتماد استقدام القوى العاملة الأجنبية إلى المملكة، للمساعدة في تنفيذ برامج التنمية الطموحة (وزارة الاقتصاد والتخطيط،١٣٩٥هـ: ٥٣)، في حين حرصت الخطة الثالثة على استخدام القوى العاملة الأجنبية الموجودة على نحو أكثر كفاءة و فاعلية، و توجيه الجانب الأكبر من رؤوس الأموال الاقتصادية والبشرية الوطنية إلى القطاعات الإنتاجية. و زيادة

العمالة الإدارية، وتثبيت حجم القوى العاملة على ما هـي عليـه خـلال الخطـة السابقة(وزارة الاقتصاد والتخطيط،١٤٠٠هـ، ص:٢٤١).

أما خطة التنمية الرابعة، فقد ركزت على تخفيض العمالة غير الـسعودية في المملكة(وزارة الاقتصاد والتخطيط،١٤٠٥هـ، ص:٧٢)، وركزت الخطـة الخامسة على إيجاد فرص عمل للقوى العاملة الوطنية، ومبادرات تنموية أخرى مهمة تتعلق بالتقنية، وزيادة فاعلية دور القطاع الخاص، وتعزيز قدراته ليـؤدي دوره نحو تنمية فرص العمالة الوطنية(وزارة الاقتصاد والتخطيط،١٤١٠هـ، ص: ١٧٠).

وكان الاهتمام بتنمية الموارد البشرية، وسياسات العمل والـسعودة أكثـر وضوحاً في الخطة السادسة، حيث استهدفت التركيز على النوعية فـي التعلـيم العام و الجامعي والتدريب، وعلى أهمية مواءمة مخرجات المؤسسات التعليميـة والتدريبية لاحتياجات سوق العمل، وزيادة الطاقة الاستيعابية لمؤسسات التعلـيم الفني و التدريب المهني والكليات التقنية كماً وكيفاً، لمواجهة متطلبات الاقتـصاد الوطني، ووضع السياسات الكفيلة بإحلال القوى العاملة السعودية محـل غيـر السعودية، وكذلك وضع السياسات اللازمة لتشجيع القطاع الأهلي علـى إتاحـة فرص عمل للمواطنين(وزارة الاقتصاد والتخطيط، ١٤١٥هـ: ص ص:٦٠-١٨٠).

وجاءت الخطة السابعة لمواجهة تحديات قضايا تعلـيم و تـدريب وتأهيـل وتطوير وتوظيف العمالة الوطنية، ومساهمة المواطنين في القوى العاملة الوطنية في القطاعات الاقتصادية، المختلفة وخصوصاً القطاعات التي تتركز فيها العمالة الأجنبية، وتعميم عملية السعودة على جميع هذه القطاعات، مع الاسـتمرار فـي إحلال القوى العاملة السعودية المدربة محل غيرها، وتطوير مخرجات التعلـيم و التدريب بما يتفق واحتياجات المجتمع المتغيرة، ومتطلبات التنمية، مـع العنايـة بإعادة التأهيل والتدريب لرفع إنتاجية العامل بما يحقق الاستفادة القـصوى مـن

التقنيات والتجهيـزات المـستخدمة فـي الأنـشطة التنمويـة(وزارة الاقتـصاد والتخطيط،١٤٢٠هـ: ص١٧٠).

وجاءت خطة التنمية الثامنة امتداداً للخطط السابقة من حيث ضرورة زيادة إسهام القوى العاملة الوطنية في القطاعات التنموية، والاهتمام بتأهيلها وتـدريبها لتحسين إنتاجيتها، ورفع كفاءة أدائها، والاستمرار في إحلال العمالة الوطنية محل الوافدة (وزارة الاقتصاد والتخطيط،١٤٢٥هـ، ص:٣١).

لذلك قامت الحكومة بجهود لتحقيق أهداف خطط التنمية المتواليـة لتنميـة القوى العاملة الوطنية على مستوى القطاعين: الحكومي والخاص حيث تم إنـشاء مجالس القوى العاملة، وصندوق تنمية الموارد البشرية لتخفيف العبء على القطاع الأهلي في المملكة، وتشجيعه على القيام بدور أكبر في عمليـة تأهيـل وتـدريب الشباب، بما يتناسب مع احتياجاته، كما تم إنشاء مشروع التنظيم الوطني للتدريب المشترك من أجل التوظيف، طبقاً لاحتياجات منـشآت القطـاع الخـاص، ويـتم التدريب داخل المنشأة التي سيتم توظيف المتدرب فيها، حيث يبرم عقـد تـدريب وتوظيف بين المؤسسة والتدريب . ويتقاضى المتدرب مكافأة تدريب إلى أن تنتهي فترة هذا التدريب، ويتم توظيفه وفق نصوص وضوابط عقد التوظيـف.كمـا أن هناك إسهامات لعدد من مؤسسات القطاع الخاص في تنمية القوى العاملة الوطنية وتوظيفها، فتم إنشاء الغرف التجارية الصناعية في مختلف أنحاء المملكة، لتقـوم بدور الوسيط بين الباحثين عن العمل وأرباب العمل، وكذلك القيام بعملية التدريب

مما تقدم يتضح أنه سيتم التركيز في تنمية رأس المال البشري في المملكة على المحاور التالية :

١) تطوير المناهج التعليمية لتحقيق المواءمة بين مخرجات التعليم واحتياجـات المجتمع.

٢) تطوير طرق ووسائل التأهيل والتدريب باسـتخدام التقنيـات والتجهيـزات المستحدثة.

٣) إعطاء أولوية في تنمية القوى العاملة من خلال برامج التعليم التقني والفني والتدريب المهني، وبرامج التدريب التعاوني التي تتيح التعايش مع واقع بيئة العمل وتعطي اهتماما للجوانب التطبيقية.

٤) الاهتمام بتنمية كافة فئات الموارد البشرية بما فيها الفئات التي تحتاج إلى الرعاية مثل المعاقين بتأهيلهم وإتاحة مجالات العمل لهم وكذلك فئة الأميين بالتوسع في برامج محو الأمية وتعليم الكبار.

٥) تأهيل الموارد البشرية لتؤدي دورا فعالا في ميدان البحث العلمي والتطوير التقني لخدمة أهداف التنمية المتطورة وتلبية احتياجات المجتمع المتغيرة والمتزايدة، والتفاعل في ذلك مع التطورات العالمية المتقدمة.

٦) تشجيع القطاع الخاص على الاستثمار في تنمية رأس المال البشري خاصة في تنظيم برامج التدريب بمختلف أنواعها.

**آفة المخدرات وتحديات تنمية الموارد البشرية:**

ومن المسلم به أن للمخدرات مخاطرها ومشكلاتها العديدة التي أصبحت تكلف العالم ثروة بشرية واقتصادية كبيرة، فالمشكلات النفسية والبدنية والاجتماعية والاقتصادية نتاج أساسي لانتشار المخدرات وتعاطيها، وهذه المشكلات هي - في حقيقة الأمر – من أخطر الظواهر الاجتماعية و الصحية و النفسية التي تواجهها معظم بلدان العالم في الوقت الحاضر. ذلك أن حوالي ربع سكان الكرة الأرضية تقريبا يتعاطون أنواعا من المخدرات على أمل أن تساعدهم في تغيير نمط حياتهم وتفكيرهم!! لذا فان مشكلة المخدرات تعد بحق من مشكلات العالم المعاصر الخطرة( الحارثي،١٤١٦، ص: ١٤٥).

وتشكل مشكلة إدمان المخدرات ظاهرة خطيرة على كافة المستويات لآثارها المدمرة على الفرد والأسرة والمجتمع. إذ تدل الإحصاءات والبيانات الدولية على تزايد الإقبال على تعاطي المخدرات( محمد،١٩٩٦م، ص:١١٠)، الأمر الذي يتطلب تضافر الجهود من أجل الحد من هذه الظاهرة أو القضاء عليها

بأسلوب علمي وفق خطة وطنية. إن هذا التعاطي يكاد يـشمل أغلـب قطاعـات المجتمع بشكل يهدد بالخطر فئة الشباب، حيث تؤكد دراسة نوفل والرندي(١٩٩٨) أن الطلبة أكثر تعرضا لتعاطي المخدرات من غيـرهم. كمـا تؤكـد الدراسـات والأبحاث في الخليج العربي أن المخدرات أكثر انتشارا بين الشباب ومن هنا فان الاهتمام بالشباب يجب إن يأتي في مقدمة الأوليات بالنـسبة لمؤسـسات الدولـة (السويد،١٩٩٠م، ص:٤٨).

وإذا كان تعاطي الكبار للمخدرات تمثل ظاهرة خطيرة فإن تعاطي الشباب يمثل كارثة للمجتمعات حيث تمثل تلك الفئة رأس المال البشري الذي تعتمد عليها المجتمعات في تنميتها وتطورها وتقدمها.

ولاشك من أهم وظائف عملية التنشئة والتربية تكوين اتجاهات سوية لدى الأفـراد أو تعديل اتجاهات غير مرغوبة لديهم.

إن مواجهة مشكلة المخدرات عند الشباب ليس بمجرد العقاب أو العـلاج، وإنما لابد من الوقاية، فالوقاية خير من العلاج. وخير السبل للوقاية هي التربيـة السليمة. فمما لاشك إن تنشئة الشباب على أسس تربوية سـليمة تعتبـر عـاملا جوهريا في التصدي لهذه المشكلة منذ البداية. فالشاب منذ طفولته يحب إن يكتسب الإحساس بالثقة الذي يمكنه من اتخاذ القرارات برفض ذلك الوباء والابتعاد عنـه والمبادرة في المشاركة في برامج الوقاية من الإدمان(محمد،١٩٩٦م، ص:١١٠).

إن الضمان الحقيقي هو ذلك النابع مـن اقتنـاع الـشباب بعـدم تعـاطي المخدرات، وهذه الاتجاهات والقناعات الداخلية الرافضة للإدمان ليـست عمليـة سهلة ولا يتم بناؤها وتكوينها وتنميتها الا من خلال برامج وخطط مدروسة تتوفر لها الإمكانات اللازمة لذلك. إذ لابد من العمل على صياغة برامج تنمي الاتجـاه الرافض للمخدرات و الإدمان وتخلق الوعي الذاتي و القناعات الشخـصية لـدى الشباب وتشجعهم على المشاركة في برامج الوقاية من الإدمان لكي ينمو الـشباب محررين من عبودية المخدرات.

وبالرغم مما توصلت إليه الدراسات السابقة من نتائج. وبالرغم مـن كـل الجهود التي تبذل لمواجهة هذه الظاهرة المدمرة، فان الأمر لا يزال مطروحا على

الساحة لمزيد من الدراسات و الأبحاث لكثير من جوانب الظاهرة لعلنا نتوصل لأساليب أكثر إيجابية وفاعلية للوقاية من الإدمان.

وهناك دراسات متعددة تسعى للتعرف على ظاهرة الإدمان على مستوى المراحل العمرية المختلفة سواء في مرحلة الطفولة أو مرحلة المراهقة أو مرحلة الشباب بصفة خاصة. وحيث أن معظم تلك الدراسات و البحوث تعطي اهتماما لدور الأصدقاء و الأسرة و المجتمع في التأثير على الشباب و التوجه نحو التعاطي ثم الإدمان، حيث يؤكد (سويف، ١٩٩١م، ص:٧٦) أن الطلبة يتعاطون المخدرات بتأثير من الأصدقاء والأقارب والزملاء. كما أن هناك العديد من البحوث التي اتجهت نحو دراسة الآثار الناتجة عن تعاطي المخدرات سواء من حيث الجوانب النفسية والاجتماعية والاقتصادية، حيث يؤكد (ثابت،١٩٩٨م،ص:١٥) بأن تعاطي الطلبة المخدرات يؤثر على تحصيلهم الدراسي، وتسبب الرسوب، والتخلف في الدراسة، وتؤدي إلى الهروب من المدرسة وكثرة الغياب، والإحساس المستمر بالكسل والنعاس وعدم الانتباه أثناء شرح الدرس، والإحساس بالخوف والقلق.

ولقد أكد تقرير الأمم المتحدة بأن من الأسباب الرئيسة لوصول تعاطي المخدرات للمستوى الوبائي اليوم هو فشل المصالح الحكومية و المؤسسات التربوية في الماضي في دول العالم المختلفة إيصال المعلومات الصحيحة حول خطر استخدام المخدرات على الناس و الشباب و الكبار ولقد بدأت كثير من الدول والمؤسسات اليوم تعي أهمية إعطاء معلومات صحيحة و دقيقة وذلك لمساعدة الشباب في التعرف على القيم الإيجابية من عدم تعاطي المخدرات ومن ثم التعرف على أساس هذه القيم. فعلى الرغم من الجهود الإعلامية التي بذلت وتبذل في مجال التوعية بأضرار المخدرات، فإنه لا يزال هناك من يعتقد في فوائد المخدرات ويتعامل معها من هذا المنطلق، ولقد أكدت الدراسة التي أجريت في المركز القومي للبحوث بالقاهرة أن أحد أسباب تعاطي الطلاب المخدرات هو الاعتقاد بفائدتها وقلة الضرر منها (سويف، ١٩٩١م، ص:٦٤).

ولا شك أن مشكلة الإدمان وتعاطي المخدرات تمثل معوقاً خطيـراً يـؤثر على عمليات التنمية في المملكة العربية السعودية، وذلك نظـراً للمخـاطر التـي تتعرض لها المملكة والتيارات المختلفة التي تؤثر على عمليات التنمية، الأمر الذي يبرز خطورة إدمان المخدرات على أهم مقوم من مقومات التنمية وهـي الثـروة البشرية الحقيقية وهم الشباب الذين يعتمد عليهم في عمليات التنمية، ومن هنا تبرز خطورة إدمان وتعاطي المخدرات.

ومن أجل تنظيم عالمي هادف لمحاربة المخدرات اهتمـت هيئـة الأمـم المتحدة بمشكلة المخدرات من حيث الانتشار العالمي لعمليـات التهريـب وعـدم مشروعيتها ومشاكل الإدمان ومصحات العلاج، والانهيار الاقتصادي الذي تعاني منه بعض الدول التي تنتشر فيها المخدرات، إضـافة إلـى التفكـك الاجتمـاعي والمضار الاجتماعي التي تحدث نتيجة لانتشار المخدرات مما ترتـب عليـه أن أصبحت مشكلة المخدرات عالمية.

وانتشار المخدرات معروف لدى كافة بلدان العالم بل إن تعاطي المخدرات أي كان نوعها معروف تاريخياً في أي دولة من الدولة. ومعظم شـعوب العـالم اكتشفت واستعمل أبناؤها أنواعاً مختلفة من النباتات المخدرة لأغـراض التخـدير والعلاج على الأقل، إلا أن تعاطي المخدرات لأسباب غير مشروعة اتخذ صـورة وبائية في أواخر القرن الماضي وأوائل القرن الحـالي. حيـث أصـبح تعـاطي المخدرات وتهريبها والإتجار فيها من المشكلات الكبرى التي تجتاح العالم، حيث تشير الإحصائيات إلى أن عدد من يتعاطى الحشيش من سكان العالم يتراوح بـين ٤٠-٥٠ مليون نسمة ومدمنو الهيروين ٢ مليون نسمة ومدمنو الكوكايين ١ مليون نسمة.

ومنذ أن عرف المجتمع الدولي بخطورة المشكلة وهو يبذل جهـوداً دائبـة لوضع نظام للرقابة على المخدرات وقصر استخدامها للاغراض العلمية والطبية. ومن الجهود التي تمت في مطلع القرن التاسع عشر عقد المـؤتمر الـدولي الأول للمخدرات في شنغهاي سنة ١٩٠٩م وحيث أعقب ذلك عـدة مـؤتمرات دوليـة أسفرت عن العديد من الاتفاقيات الدولية والتي أعقبها إبرام اتفاقيات لترابط الـنظم

المحلية والدولية التي تنظم استخدام المخدرات في المجـالين الطبـي والعلمـي، وتنظيم إنتاجها بواسطة ما يتم تقديره سنوياً لتحديد الاحتياجات العلمية منها، وحيث حددت هذه الاتفاقية أن يشرف على تنظيم التبادل التجاري الدولي جهـاز رقابـة دولي، يعمل على رقابة الدول حتى لا تنتج أو تصنع أو تصدر أكثر مما هو محدد للاستخدام في الأغراض الطبية والعلمية.

ومنذ أكثر من ثلاثين عاماً واظبت بعض الدول العربية التي تعني بمكافحة المخدرات على حضور اجتماعات لجنة المخدرات وحضور اجتماعـات اللجنـة الاستشارية لتجارة الأفيون والمواد الضارة، وكان لبعض الدول العربية دوراً هاماً ومؤثراً بالنسبة لمشكلة المخدرات، وبالنسبة للرأي العام الدولي والمـشاركة فـي صياغة القرارات وفي إعداد المشاريع التي تقـوم بتنفيـذها شـعبة المخـدرات والصندوق.

وقد قامت المملكة بإنشاء مراكز لعلاج الإدمان واتخذت التدابير الـصارمة بالنسبة لعمليات الإتجار في المخدرات إلى أن وصلت إلى عقوبة الإعدام.

❖ الرعاية اللاحقة للمتعافين من الادمان للوقاية من العود المستقبلي:ـ

وتعد الرعاية اللاحقة للمتعافين من تعاطي المخدرات من أهم أنواع الرعاية التي يمكن أن تقدم للمتعافين باعتبار أنها تهدف إلى مساعدتهم على منع انتكاستهم أو عودتهم إلى المواد المخدرة، كما أنها تسهم في مساعدة المتعافين عن الكف عن التعاطي ومواجهة الإلحاح والرغبة للعودة إليه، وتجنب استعمال عقاقير أو بـدائل مؤقتة لأن استعمالها يؤدي إلى العود إلى عودة الإلحاح إلى المادة التي سبق إدمانه عليها. كما أنها تقدم الدعم النفسي للمتعافين من المخدرات بالشكل الذي يسهم فـي وقايته من العودة إلى الإدمان.

وقد بينت دراسة عبد العزيز (١٩٩٢م) أن نسبة الانتكاسة بعد فترة العلاج تصل إلى ٣٨,٥٪ من إجمالي عينة المعالجين في مستشفى الأمل، كما توصـلت دراسة الحمادي (١٩٩٣م) إلى أن إلحاح الأصدقاء ووجود مشكلات عائلية كانـت السبب في العودة إلى الإدمان. أما بالنسبة لدراسة النهدة (١٩٩٩م)، فقد توصـلت إلى أن نسب العودة للإدمان بعد الثلاثة أشهر الأولى بلغت ٥٪ والستة أشهر بلغت

٨,١٢٪ وبعد عام بلغت نسبة العائدون إلى الإدمان ٣٣٪. وأيضاً بالنسبة لدراسـة أبو شهية (١٩٩٠م) فقد بينت أن سبب الانتكاس والعودة إلى الإدمان هي ضـعف الإرادة والقابلية للاستهواء والتخفيف النفسي والعوامل الأسرية هي من الأسـباب التي أدت إلى العودة إلى الإدمان. وقد توصلت دراسة ستيف ويل مايك (٢٠٠٠م) إلى أن زيادة الفاعلية الذاتية والتوازن العقلي من أكثر العوامل تأثيراً في العـودة إلى إدمان الكحول.

وقد بينت دراسة (الريس ١٤١٥هـ ) أهمية دور الرعاية اللاحقة للحد من عودة المدمن المتعافي إدمان وتعاطي المخدرات حيث بينت أن غالبية العائدين إلى المخدرات أفادوا أن المستشفى لم تقم بدور متابعتهم بعد تعافيهم كما بينت أن علاج مشكلة الانتكاسة يكمن في إيجاد وتوفير فرص عمل للمدمن المتعافي العاطل.

ومن ناحية أخرى أكدت دراسة (جوزيف Joseph ١٩٩٢) علـى أهميـة إعادة التكيف المهني للمدمن المتعافي حيث دعة الدراسة إلى ضـرورة الاعتنـاء بموضوع التكيف المهني والمعيشي للتعافي من الإدمان لأن ذلـك مـن الركـائز الأساسية التي تسهم بشكل مباشر في مساعدة الشخص المتعافي على التغلب على صعوبات التكيف التي يواجهها بعد فترة تحقيق مستوى ملائم مـن التكيـف فـي الجوانب الأخرى التكيف النفسي للشخص المتعافي.

كما بينت دراسة ( الحمادي ١٩٩٣) إلى أن أسباب العودة إلى الإدمان هي عدم وجود وظيفة عن الخروج من المستشفى وإلحاح بعـض الأصـدقاء عليـه بالتعاطي ونظرة المجتمع إليه بعد خروجه من المستشفى وجود مـشكلات عائلـة وأسرية وتوفر المادة المخدرة.

ومن خلال العرض السابق يتضح أن هناك ضرورة لعمل برنامج رعايـة لاحقة ذو أبعاد اجتماعية ونفسية وطبية واقتصادية من خلال وضـع اسـتراتيجية طويلة المدى للحد من العودة إلى إدمان وتعاطي المخدرات ورعاية المتعافين من الإدمان.

**ثانياً : تحديد مشكلة الدراسة :**

بالرغم من كون مشكلة المخدرات تعوق تقدم المجتمع في مجالات التنمية المختلفة، إلا أنها تلحق الأذى بالأفراد والإمكانات البشرية وكذلك المجتمعية على حد سواء، فإلى جانب ما تسببه من تدهور في قوى الفرد الجسمية والنفسية بمختلف وظائفها، فإنها تجعل هذا المتعاطي عبئاً ثقيلاً على نفسه وعلى أسرته وعلى مجتمعه، لما يمثله من هدر بشري ويعطل عجلة الإنتاج وتقدم المجتمع، وإذا كانت مشكلة تعاطي المخدرات قد برزت بأبعادها وتأثيراتها الاجتماعية والاقتصادية فإن العودة إليها مرة أخرى يعتبر من الظواهر الاجتماعية الخطيرة التي تؤرق الباحثين في علم الجريمة والعقاب وغيرها من العلوم ذات الاختصاص، لذلك لاقى موضوع العودة إلى الجريمة اهتماماً بالغاً من علماء القانون والاجتماع، وأجريت الدراسات على العائدين وعدد مرات العودة وأخذ رجال القانون في تحديد العقوبات على العائدين، وقد أولت أجهزة التشريع الجنائي والدفاع الاجتماعي بعنايتها إلى توجيه التشريعات العقابية لجريمة العود نحو مزيد من السياسات الإصلاحية التي يمكن إعادة المدمن والمتعاطي إلى الحالة الصحيحة ليصبح مواطناً سوياً.

حيث أن العودة إلى تعاطي المخدرات يمثل من الناحية الاجتماعية ظاهرة خطيرة، ذلك لأن العود معناه أن المجتمع لم ينجح في نظمه الاجتماعية والتعليمية وقوانينه العقابية في إعادة المتعاطي إلى حالته الصحيحة لكي يعيش حياة سوية لصالحه وصالح المجتمع كله، وأن هذا يمثل مؤشراً خطيراً على المجتمع حيث يعطي المتعاطي مصدراً للانحراف والجرائم ويشيع في المجتمع الخوف والقلق وعدم الثقة بالأمن والقوانين.

ومن هنا أنشئ قسم الرعاية اللاحقة بالإدارة العامة للرعاية الاجتماعية بوزارة العمل والشئون الاجتماعية . (الحناكي،١٤٠٦هـ، ص:٤٨) كقسم يقوم على العلاج والوقاية في آن واحد للمهددين بالانحراف، بعد ذلك تطور هذا القسم وأصبحت له أهداف مرسومة عبر إدارات نوعية متخصصة، مثل إدارة إعادة التقبل الاجتماعي وهدفها إعادة توجيه وتقويم المتعافين من المخدرات، وإدارة

إعادة التكيف الاجتماعي لتحقيق أسس الرعايـة الـسليمة لمـدمني المخـدرات والمسكرات والمرضى النفسيين المشمولين بالرعايـة، وإدارة تهيئـة الاسـتقرار الاجتماعي لتحقيق مبدأ رعاية وتوجيه خريجي دور المؤسسات الاجتماعية.

وبالنظر إلى التطور في أعداد العائدين لتعاطي المخـدرات، ففـي عـام ١٤٢٧هـ، وصل تعداد الذين عادوا إلى التعاطي عبر حالات الـدخول المختلفـة ١٩١٠ حالة عود في مقابل ١٨٨١ حالة عود في عام ١٤٢٨هـ.

وبناءاً على العرض السابق وبتحليل الدراسات السابقة تتحدد مـشكلة هـذه الدراسة في محاولة وصف وتحديد ملامح الوضع الحالي لبرامج الرعاية اللاحقـة للمتعافين من الإدمان بالمجتمع السعودي تمهيدا لصياغة وتحديد أهـم المقومـات الأساسية التي يمكن من خلالها بناء إستراتيجية وطنية لبرامج الرعايـة اللاحقـة للمتعافين من الإدمان.

**ثالثاً : تساؤلات الدراسة :**

تتحدد تساؤلات هذه الدراسة في تساؤل رئيسي مؤداه :

ما هي أشكال الجهود الحالية لبرامج الرعاية اللاحقة المقدمة للمتعافين من الإدمان ؟

وينبثق من هذا التساؤل عدة تساؤلات فرعية تشمل:

١.ما هي طبيعة البرامج التوجيهية المقدمة للمتعافين من إدمان المخدرات ؟
٢.ما هي فاعلية البرامج الرياضية والاجتماعية والاقتصادية والنفسية المقدمـة للمتعافين من المخدرات؟
٣.ما دور البرامج الحالية للرعاية اللاحقة للمتعـافين مـن إدمـان وتعـاطي المخدرات في الحد من عودتهم إلى التعاطي؟
٤.ما هي طبيعة مقومات الإستراتيجية المقترحـة لبـرامج الرعايـة اللاحقـة للمتعافين من الإدمان وينبثق عن ذلك بتحديد ما يلي :
- مقوم المسؤولية.
- مقوم نوعية الخدمات التي يجب أن تحتويها الرعاية اللاحقة للمتعافين.

- مقوم المنظمات المقدمة للخدمة والداعمة لها.
- مقوم الموارد.
- مقوم المستفيدين من المتعافين.

**رابعاً : أهداف الدراسة :**

١. معرفة أشكال الجهود الحالية لبرامج الرعاية اللاحقة المقدمة للمتعافين من الإدمان.
٢. معرفة طبيعة البرامج التوجيهية المقدمة للمتعافين من إدمان المخدرات.
٣. التعرف على جدوى البرامج الرياضية والاجتماعية والاقتصادية والنفـسية المقدمة للمتعافين من المخدرات.
٤. معرفة دور البرامج الحالية للرعاية اللاحقة للمتعافين من إدمان وتعـاطي المخدرات في الحد من عودتهم إلى التعاطي.
٥. التعرف على طبيعة مقومات الإستراتيجية المقترحة لبرامج الرعاية اللاحقة للمتعافين من الإدمان وينبثق عن ذلك بتحديد ما يلي :

أ- مقوم المسؤولية.
ب- مقوم نوعية الخدمات التي يجب أن تحتويها الرعاية اللاحقة للمتعافين.
ت- مقوم المنظمات المقدمة للخدمة والداعمة لها.
ث- مقوم الموارد.
ج- مقوم المستفيدين من المتعافين.

**خامساً : أهمية الدراسة**

يعتبر إدمان وتعاطي المخدرات من المشكلات الخطيرة التي ظهرت فـي الآونة الأخيرة في المجتمعات نظراً لعمليات الانفتاح الثقافي والاتصالي الذي ربط العالم وجعله بمثابة قرية واحدة، ولا شك أن التعافي من الإدمـان مـن الأمـور الحميدة، إلا أن نظرات المجتمع إلى شخصية المدمن تعتبر نظرة سلبية حيـث أن معظم الناس يتخذون موقفاً سلبياً من المدمن انطلاقاً من المفهوم التقليدي للانحراف

والجريمة، وإن استمرارية المتعافي من الإدمان لابد أن تهيئ له الظروف حتى لا يعود إلى الإدمان مرة أخرى. ومن هذا المنطلق جـاءت فكـرة الدراسـة حـول الوقوف على وجهات نظر الممارسين والمختصين في علاج الإدمان وعمل تصور مقترح لبناء إستراتيجية برامج رعاية لاحقة للمتعافين من الإدمان، حيث أن وجود إستراتيجية فعالة تسهم في تصميم البرامج المناسبة للحد من العود إلى التعـاطي، وتكون هذه الإستراتيجية مبنية على أسس علمية وتعتمد على مقومات اجتماعيـة واقتصادية ونفسية ورياضية من خلال البرنامج المقترح. لـذلك ترجـع أهميـة موضوع الدراسة إلى ما يلي :

**١) من الناحية العلمية :**

- أن هذه الدراسة ستضيف بعداً أكاديمياً وعلمياً يمكن الاستفادة به من خلال ما ستوفره من معلومات وإحصاءات.
- أن معظم الدراسات التي تناولت موضوع الإدمان وتعاطي المخدرات فـي الغالب كانت تقف على العوامل المؤدية إلى الإدمان أو تعاطي المخـدرات أو حتى تصرفات المدمن والآثار الناتجة عن عمليات الإدمان والمخـدرات أو حتى على عمليات الرعاية وتأهيل المدمنين، ولكن ما يميز هذه الدراسة عن مثيلاتها من الدراسات التي أجريت أنها تحاول الوقوف على وجهـات نظر المختصين والممارسين لبناء إستراتيجية تحول دون عودة المتعـافي من الإدمان إلى تعاطي المخدرات مرة أخرى، لذلك فستكون هذه الدراسـة بمثابة نقطة انطلاقة لعمل دراسات أخرى مماثلة، أي أنها سـتفتح البـاب للعديد من الباحثين في تناول هذا الموضوع.

**٢) من الناحية العملية :**

نظراً لتفشي إدمان المخدرات ولفظ المجتمـع للمـدمنين والنفـور مـنهم وتوجهات بعض أسر المدمنين إلى الإبلاغ عنهم وعرضـهم إلـى المستـشفيات للتعافي من الإدمان لذلك فإن مثل هذه الدراسة ستفيد قطاع عريض من المجتمـع هم :

- المختصين والممارسين في علاج إدمان المخدرات.

- أسر المتعافين من الإدمان والتعاطي.
- الجهات الرسمية وجهات الضبط الاجتماعي كوزارة الداخلية والشئون الاجتماعية.

**سادساً : حدود الدراسة :**

١) الحدود الموضوعية : اقتصرت هذه الدراسة على دراسة تصور مقترح لبناء استراتيجية برامج رعاية لاحقة للمتعافين من الإدمان من وجهة نظر الأكاديميين والممارسين.

٢) الحدود المكانية : طبقت هذه الدراسة في مجمعات الصحة النفسية بالرياض وجدة والمنطقة الشرقية، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية وجامعة الملك سعود، وجامعة الأميرة نورة بنت عبدالرحمن.

٣) الحدود الزمانية : طبقت هذه الدراسة في الفترة من ١٤٣٠/٥/١هـ - إلى ١٤٣١/٥/١هـ.

**سابعاً : مفاهيم الدراسة :**

١. مفهوم الاستراتيجية :

ترجع كلمة (استراتيجي) في أصولها إلى اللغة الإغريقية حيث أن استراتيجي في اللغة الإغريقية اسم متعدد المعاني فهو يعني جنرال، جيش، قيادة، ومن المنظور التاريخي يشيع استخدام مصطلح (استراتيجي) في المجالين الحربي والسياسي . (توفيق، ٢٠٠٣م، ص:٨٨)

أما مفهوم التخطيط الاستراتيجي فقد شاع استخدامه وتطبيقه بطرق رياضية بحتة في مجال نظرية الخطة التي تستخدم في شرح وتفسير السلوك الاقتصادي للمنظمة، كما يستخدم هذا المفهوم من قبل أصحاب نظريات التنظيم ليعني ذلك النوع من التخطيط الذي يركز على الفاعلية أكثر من تركيزه على الكفاءة، وبمعنى آخر التركيز على إنجاز أفضل النتائج أكثر من التركيز على إنجاز الأمور بطريقة صحيحة . ويرجع الفضل في تطوير وجهة النظر الإستراتيجية في التخطيط إلى

عدد من الحقول المعرفية، ومن هذه الحقول مجال مدارس الإدارة حيث ارتبطـت أفكار التخطيط الاستراتيجي بهذه المدارس من خلال بحوث السياسات والتـسويق والفاعلية، كما أن العديد من المفاهيم وطرائق التحليـل المـستخدمة حاليـاً فـي التخطيط الاستراتيجي قد جرى تطويرها في حقول أخرى مثل العلم الاجتمـاعي السياسي والطبيعي، وعلم الاجتماع التنظيمي ونظريات النظم العامة .(الحنـاوي، ٢٠٠٠م، ص:٢٤).

وللتخطيط الاستراتيجي تعريفات عدة منها :

- التخطيط الاستراتيجي أسلوب منظم تقوم به المنظمة لتحديد القرارات المتعلقة بالقضايا المهمة والجوهرية لبقائها وحيويتها واستمرارها على المدى الطويـل وتكون هذه القضايا بمثابة الأساس لكل الخطط التي يتم تطويرهـا لأي فتـرة زمنية لاحقة، ويعني التخطيط الاستراتيجي بتصميم الإستراتيجية طويلة المدى لتوفير المعلومات حول أهداف المنظمة وتوجهاتها الأساسية لتكـون الموجـه الأساسي لكل العمليات والأنشطة التشغيلية للمنظمة.
- التخطيط الاستراتيجي هو عمليات مـستمرة ومنظمـة لـصناعة القـرارات الجوهرية المتعلقة مباشرة بمستقبل المؤسسة وتنظـيم الجهـود أو الأنـشطة اللازمة لإنجاز هذه القرارات وقياس نتائج هذه القـرارات بواسـطة مقارنـة المتحقق منها بالتوقعات المحددة لها من خلال نظام سليم للتقويم والمتابعة.
- وهناك تعريف آخر مختلف إلى حد ما عن التعريفات السابقة يرى أن التخطيط الاستراتيجي هو أنشطة تخطيطية مترابطة، طويلة المدى، عاليـة المـستوى، تركز على ما ينبغي أن تكون عليه المنظمة في المستقبل بغض النظـر عـن وضعها الراهن.

وسبب اختلاف هذا التعريف هو في إشارته إلى ضرورة عدم رسم صورة مستقبل المنظمة وصياغة القرارات المتعلقة بذلك في ضوء افتراض استمرار ثبات الظروف الراهنة في المستقبل، فالظروف والأحداث الراهنة التـي يبنـى عليهـا المخططون توقعات المستقبل ليست ثابتة بل متغيرة، ولذا يكون من الخطورة بناء القرارات الجوهرية لمستقبل المنظمة بشكل كامل على أسـاس الوضـع الـراهن

وافتراض عدم تعرضه لأي تغيير، وهذا بطبيعة الحال لا يعني التجاهـل الكامـل للاتجاهات والأحداث الراهنة أو نفي احتمال تأثيرها في صورة المستقبل بل هـو تأكيد على أن لا يفرض علينا المستقبل بواسطة التسليم بثبات واستمرار الاتجاهات الحالية في المستقبل.

ويتميز التخطيط الاستراتيجي عن طرق التخطيط التقليدية بما يلي :

١- يركز التخطيط الاستراتيجي على تطوير أفضل وسيلة لتطابق أنشطة المنظمة مع الاحتياجات المطلوب الوفاء بها للبيئات المحيطة بالمؤسسة.

٢- التخطيط الاستراتيجي هو تخطيط شامل لأنه يركز علـى الـصورة الكاملـة للمنظمة ومصيرها على المدى البعيد، والتنافس بينهـا وبـين غيرهـا مـن المنظمات الموجودات في البيئة المحيطة والقدر المطلـوب مـن المـصادر الداخلية التي تحتاجها المنظمة لإنجاز أهدافها.

٣- يهتم التخطيط الاستراتيجي بالمرونة والاستجابة السريعة للتغير الذي يحـدث في البيئة الخارجية للمنظمة.

٤- يهدف التخطيط الاستراتيجي إلى إنجاز أفضل النتائج بدلاً من إنجاز الأعمـال بطريقة صحيحة. (الزهراني، ١٤١٦هـ، ص ص:٣٨-٣٩).

٥- يركز التخطيط الاستراتيجية على الفاعلية أكثر من الكفاءة.

ومما سبق يتضح تفوق التخطيط الاستراتيجي على التخطيط طويل المـدى في واقعيته وشموله وقدرته على التعامل مع التغيير والاستفادة القصوى من كافـة الفرص ونقاط القوة المتاحة في المؤسسة وخارجها لتحقيق أفضل النتائج.

أما عن تعريف الإدارة الإستراتيجية وبنفس الاتجاه فقد عـرف ثومبـسون واستركلاند (Thompson and Strickland.1996) الإدارة الإستراتيجية بأنهـا (تعني وضع الخطط المستقبلية للمنظمة، وتحديد غاياتهـا علـى المـدى البعيـد، واختيار النمط الملائم من أجل تنفيذ الإستراتيجية).

## ٢. الإدمان :

إدمان المخدرات هو حالة تسمم دورية أو مزمنة، تلحق الضرر بالفرد والمجتمع، وتنتج من تكرار عقار (طبيعي أو مصنوع). وسمات الإدمان تتضمن الآتي :

١- رغبة غلابة أو حاجة قهرية للاستمرار في تعاطي العقار والحصول عليه بأية طريقة.

٢- ميل إلى زيادة الجرعة المتعاطاه من العقار.

٣- اعتماد نفساني وجسماني بوجه عام على آثار العقار.

٤- تأثير ضار مؤذ للفرد والمجتمع.(الحماد،١٩٩٣م، ص: ٥٨).

كما يعرف الإدمان بأنه نمط سلوكي، يتسم بدرجة كبيرة من السلوك القهري تجاه تعاطٍ متكرر لعقار طبيعي أو صناعي، وهو حالة نفسية وعضوية تنتج من تفاعل الفرد مع العقار أو المخدر، من نتائجها ظهور خصائص تتسم بأنماط سلوكية مختلفة تشمل الرغبة الملحة في تعاطي العقار، مع الميل الشديد إلى الانتكاس إذا ما مر الفرد بخبرة الانسحاب (آل سعود، ١٩٨٨م، ص:١٥).

وتمتاز حالة الإدمان بالرغبة، لزيادة الاستمرار، في تناول العقار وفي الحصول عليه بأي طريقة من خلال:

**١.** الميل إلى زيادة الجرعة بسبب تعايش الجسم مع العقار.

**٢.** الاعتياد النفسي والاعتياد الجسدي أحياناً على تاثير العقار.

**٣.** عرقلة التصور العقلي أوالجسمي عند الفرد.( الدامغ، ١٩٩٧، ص:٣٤).

والإدمان هو عمل أو مادة يشعر الفرد برغبة ملحة قهرية مستمرة أن يتم هذا العمل، أو يستعمل هذه المادة مهما كان الثمن.

والمادة المخدرة (أو العقار) هي كل مادة خام أو مستحضرة تحتوى على مواد مسكنة أو منبهه، من شأنها إذا استخدمت في غير الإغراض الطبية أو الصناعية المواجهة، أن تؤدى بالفرد إلى حالة من الاعتماد عليها، مما يضر بالفرد جسمياً ونفسياً واجتماعياً.

٣. المدمن :

هو شخص في المجتمع غير متزن -غير واضح -غير مستقر، وأناني يركز على ذاته دون أدنى اهتمام بصالح الآخرين، ولا يهتم إلا بمشاكله الخاصة به، ومشكلته الرئيسية الحفاظ على مورد المخدرات، أو الإشباع الفوري لرغبته للمخدرات، ويتبع أي وسيلة مهما كانت خطورتها لإشباع تلك الرغبة الملحة الشديدة، ويفتقر إلى النظام الذاتي وقدرة الإرادة والطموح، ولا تتوافر لديه الثقة بالنفس، ولا الإيمان بشخصيته ويتجنب المسئولية.

٤. المدن المتعافي :

هو عودة الفرد إلى حالته الطبيعية بعد تلقي العلاج اللازم من مؤسسة مختصة في العلاج فالمدمن المتعافي هو الشخص الذي سبق أن أدمن على استخدام المخدرات ثم خضع لبرنامج علاجي مختص وتماثل للشفاء.(الغريب،٢٠٠٨م، ص:٢٩).

ويعرف المدمن المتعافي في هذه الدراسة بأنه ذلك الفرد الذين كان اعتاد الإدمان على أي نوع من أنواع المخدرات ثم تعافى تم علاجه وتعافى من الإدمان.

٥. الرعاية اللاحقة :

عرف " الربايعة " الرعاية اللاحقة بأنها " العلاج المكمل لعلاج السجن، والوسيلة العملية لتوجيه المفرج عنه، وإرشاده لسد احتياجاته، ومعاونته على الاستقرار في حياته والاندماج والتكيف مع مجتمعة " (الرباعية،١٤١٠،ص:٣).

في حين يرى "عبد العال" أن الرعاية اللاحقة تعني : " مساعدة المفرج عنه من إحدى المؤسسات العقابية على إعارة التوافق المتبادل بين وبين المجتمع - خاصة البيئة المباشرة التي تحيط به – وذلك كمحاولة لمنع عودته إلى إرتكاب أي أفاعل مضادة لقيم المجتمع وقوانين، وليمارس حياة سوية كمواطن شريف"(عبدالعال، ١٤٠٨، ص: ١٤٥).

ويقصد بالرعاية اللاحقة في هذه الدراسة : تلك الإجراءات والعمليات والخطط والبرامج الاجتماعية والعلاجية والتأهيلية الموجهة لفئة المتعافين من

تعاطي المخدرات، وذلك بهدف مساعدتهم للتكيف من جديد مع البيئـة الطبيعيـة والنظم الاجتماعية السائدة في المجتمع بشكل يمكنهم من المساهمة من جديد في كل ما يتعلق بأوجه الحياة المختلفة في المجتمع.

# الباب الثاني

# الإطار النظري والدراسات السابقة

# الفصل الأول

# الإطار النظري

**تمهيد :**

إن تعاطي المخدرات منحدر زلق خطير، إذا وقع الفرد في بدايته لابد حتماً من الانزلاق إلى نهايته المعروفة وهي الإدمان.

وتعرف منظمة الصحة العالمية مصطلح الإدمان: "بأنه حالة من التخـدير المؤقتة أو المزمنة التي تنشأ عـن تكـرار تعـاطي مـادة مخـدرة طبيعيـة أو تخليقية".(كامل، ١٩٨٩م،ص: ١٥).

ونظراً لتفشي ظاهرة تعاطي المخدرات في العديد من المجتمعات العربيـة والإسلامية، أصبحت ظاهرة إدمان أفراد المجتمع للمخـدرات "خاصـة الـشباب" ظاهرة أخطر من الغزو الثقافي، ذلك لأن الغزو الثقافي إنما يستهدف العقول للنيل منها والسيطرة عليها، بينما الإدمان وترويج المخدرات بين الشباب إنما يهدف إلى القضاء على عقول الشباب وأبدانهم في آن واحد، والقضاء عليهما معاً، وهذا أمر إن تمكن من نشب أظفاره في شباب المجتمع وأفراده عامة ... ذهب هذا المجتمع وضاع مستقبله؛ ولذلك أصبحت ظاهرة إدمان المخدرات من أخطـر المـشكلات التي تشغل بال المسؤولين في جميع أنحاء العالم، وخاصة عالمنا الإسلامي الواعد.

ويوما بعد يوم يستفحل خطر الإدمان، لأنه يزداد كل يوم مع انخفاض سن الإدمان ودخول نوعيات جديدة من الصبية والشباب صغيري السن مـن تلاميـذ المدارس وطلبة الجامعات، دائرة الموت والهلاك.

كما يستفحل خطر الإدمان يوماً بعد آخر، لأن الفئات المدمنة تدمن تعاطي المخدرات المختلفة مثل الهيروين والكوكايين وهي ما تعرف بالمخدرات البيضاء، وهي عظيمة الخطر باهظة الثمن، ولا يأتي إدمان الشباب لها من فراغ، فلا يحدث أن يدمن الشخص الهيروين أو الكوكايين مباشرة، ولكنه يبدأ بأنواع أخرى مـن المخدرات، ثم يتعرف على الهيروين، وعادة ما يعرفه عـن طريـق التـاجر أو صديق السوء، حيث يبدأ أي منهما بإغرائه بأن يمنحه جرعة بلا مقابـل مـادي، ويوهمه بأنه نوع أفضل من الذي يعتاده، وبعد أول مرة أو بعـد الثانيـة يحـدث الإدمان، فيعود إليه ثانية، ولكن هذه المرة يدفع المقابل ويـصبح زبونـاً مـدمناً للهيروين.

ولا يقتصر الأمر على الذكور من الشباب، بل إن إدمان الهيروين والمخدرات البيضاء تفشت بين الفتيات بنسبة تعادل ٥٪ إن الشباب المدمنين، وعادة ما تتعرف عليهم الفتاة أو المرأة بصفة عامة عن طريق الزوج إذا كان مدمناً، أو أحد الأصدقاء سيئي الخلق.(المجلس الأعلى للشئون الإسلامية،١٩٨٦م،ص:٢٠٧).

تلك هي الخطوة الأولى للإدمان، تبدأ بالجرعة الأولى على شبه مجاملة عفوية، وتَورطٍ خال من الإرادة، وبعد أن يستهين الإنسان، ويظل مع قرناء السوء من بني جنسه أو الجنس الآخر، حتى ينقلب الأمر عليه ويصير طالباً لا مطلوباً، ومستدعياً لها لا مدعواً، ويهلك فيها صحته ونفسه وماله، ويخسر كل من حوله، إذ يصبح بها مولعاً مغرماً، وعاشقاً متيماً، ويستدين في سبيلها، بل يسرق ويختلس وينهب ويقامر ويقتل، ويتعامل مع الممنوع والمحرم، ابتغاء الوصول لمراده وكؤوسه وشرابه. ومن ثم يصير بؤرة فساد، ومجموعة من الأخطاء، وجرثومة من المرض تعدي وتصيب كل من جاورها وخالطها، إن لم يودع متعاطيها في أحد المصحات، وتتداركه رحمة الله، أو يتحفظ عليه في أحد السجون أسير أهوائه المردية ونزيل شهواته القاتلة.

**أولاً : مراحل إدمان المخدرات :**

يقسم "كوميرس" المراحل التي يمر بها المراهق حتى يصل إلى مرحلة الإدمان إلى خمس مراحل:

أ- الاستعداد لارتكاب الخطأ وتوافر مقومات ذلك،من استغلال سهولة الحصول على المخدر، ثم عدم احترام الشخص لنفسه، ثم العيوب الطبيعية الشخصية.

ب- هي مرحلة التجريب، وهي مرحلة عادة ما يقلل من شأنها متعاطي المخدرات، وهي التي تقود للمرحلة التالية.

ج- وهي تمكن المخدرات من الجسم، والتي يبيع فيها الشخص كل ممتلكاته لشراء أي نوع من المخدرات.

د- الإدمان الحقيقي، ومعها يصبح الهدف الأول في حياة المدمن هو فقدان الوعي.

هـ - وهي التي تترتب على الإدمان وفيها يحدث التـدهور الجـسمي والنفـسي للمدمن.

وهكذا يحدث إدمان المخدر عندما يحصل الشخص على الجرعـة للمـرة الثانية أو الثالثة منه، فتعتاد خلايا الجسم عليه وتحـدث الأمـراض والأعـراض الجسمانية، فإذا تأخر عن تعاطيه في موعده، يشعر المدمن بإسهال ورشح ونـشر في الجسم وعدم التحكم في انفعالاته، وهمدان الجسم مع عدم القدرة على التركيز، وفقدان الشهية، أما إذا استمر في تعاطيه بعد المرة الثالثـة وحـاول الانـسحاب، فيحدث في هذه الحالة انهيار في الوظائف الحيوية، وانهيار في وظائف الكبد الذي يعتبر فلتر تنقية السموم، وبالتالي تتسرب السموم إلى الجهاز العصبي، لأن الفلتر قد تعطل بدرجة عالية، مما يؤدي إلى الـصرع وغيـره مـن الآثـار الـضارة بالجسم.(المجلس الأعلى للشئون الإسلامية، ص:٢٠٩) وذلك لأن المخدر كما هو مدلول اسمه يخدر، ولما كان ا لجهاز العصبي هو مركز الحـس والإدراك، فـإن المخدرات تتعامل في المقام الأول مع الجهاز العصبي وتفقده حساسيته، والجهـاز العصبي هو مصدر الإبصار والسمع واللمس والتفكير، وبذلك فـإن المخـدرات تتعامل مع هذه القدرات.

والمخدرات في تعاملها مع الجهاز العصبي تعمل على إزالة القشرة المخية الخارجية وطبقات المخ العليا من المراكز الحيوية في هذه الطبقات. ولما كان هذا الجهاز العصبي هو المسيطر والمحرك لوظائف الجسم، فإن ذلك يستتبع أن تتأثر كافـــة أعـــضاء الجـــسم تبعـــاً لتـــأثير المخـــدر علـــى الجهـــاز العصبي.(عبدالرازق، ١٩٩٠م،ص:٤٩).

ويقودنا هذا إلى الحديث عن نوعين رئيسيين من الإدمان هما:

أولاً: الإدمان الجسمي: وفي هذا النوع من الإدمان يتعـود المـدمن علـى نـوع المخدر، يتشبع بها الجسم تشبعاً كبيراً يصعب معه التوقف عن تعاطي هذه المواد المخدرة، لأن توقفه فجأة يصيب الجسم بمضاعفات خطيرة قد تؤدي بالمدمن إلـى الوفاة، خصوصاً أولئك الذين يتعاطون الأفيون ومشتقاته، والكوكـايين والحبـوب المنومة، وهذا ما يسميه البعض بالإدمان التام.

ثانياً: الإدمان النفسي: وفي هذا النوع من الإدمان يتعود المدمن على نـوع مـن المخدرات الذي ليس من الصعوبة بمكان التوقف عنها فجأة، لأن هذا النوع يسهل علاجه، ويمكن التخاص من مضاعفاته، مثل: تعاطي الحشيش والقات، والحبـوب المنبهة والمنشطة، وشم البنزين وطلاء الأظفار.(الخطيب، ١٩٩٠م، ص:٦٦).

ويرجع البعض من العلماء مشكلة الإدمان لتفاعل عاملين أساسيين هما:

- الاستعداد الشخصي والنفسي.
- عدم تكيف المدمن مع مجتمعه بما فيه من مشاكل.

ونتيجة لذلك يبدأ الإدمان مراحله الأولى التي ما تلبث أن تتلوهـا مراحـل أخرى، تجر على الشخص مخاطر لا قبل له بها.

والخطورة في تعاطي المخدرات للمرات الأولى، لا ترجع لما تحدثه مـن آثار سيئة على صحة الفرد وعقله فحسب، بل إن مكْمن الخطورة في الانزلاق إلى دائرة الإدمان، الذي يصعب الخلاص منها، لأن الأنسجة والخلايـا عنـد تنـاول المخدرات في بادئ الأمر تستجيب للتغير الذي يحدثه المخدر، ثم يقـل التجـاوب بالتدريج، وتقل الاستجابة لمفعول المخدر، مما يضطر المدمن إلى الإكثـار مـن كميته للحصول على التأثير المطلوب، إلى أن تغدو المادة المخدرة للمدمن كالمـاء للإنسان السليم. وهكذا تصبح حالة المدمن شديدة، حيث يصعب عليه التوقف عـن تعاطي المواد المخدرة، بل يتناول هذه المواد بشكل لا إرادي، ليس ذلك فحـسب، بل ويضطر لزيادة الجرعة التي يتناولها بشكل مستمر.(بدر، ١٩٨٥م، ص:٧٦).

وثمة فرق ظاهر بين ظاهرتي الإدمان والتعود. حيث إن التعـود ظـاهرة نفسية مزاجية تنشأ عن رغبة إرادية واعية في الحصول على الأثر النـاجم عـن التعاطي، أما الإدمان فهو ظاهرة بدنية تنشأ عن رغبة لا إرادية في تعاطي المخدر بسبب حدوث ما يسمى بالتواكل البدني على هذا العقار.(الخطيب،١٩٩٠م،ص:٢٤).

**ثانياً : التفسيرات النظرية الخاصة بتعاطي المخدرات :**

<u>أولاً: النموذج المرضي The Disease Model</u>

تحدد هذا النموذج ابتداء بما أقرته " منظمة الـصحة العالميـة" (WHO) في عام ١٩٥٢م والرابطة الطبية الأمريكية في عام ١٩٥٦ من إطار تشخيـصي

لإدمان الكحوليات كمرض، ومن أن تعاطي العقاقير والمخدرات هو حالـة مـن الاضطراب تصيب الأشخاص المتعاطين وتؤدي إلى الإدمان الفسيولوجي، أي إلى تغير في فسيولوجيا الجسم نتيجة لسوء استخدام العقاقير والمخدرات، كما يتـضح في زملات التحمل والانسحاب. وتنشأ مع التعاطي حاجات متناميـة إلـى زيـادة كميات التعاطي وجرعاته، الأمر الذي يجعل المتعاطي يدخل في دائرة مفرغة من عملية المرض.

ومن الصعب أن ندخل النموذج المرضي لتفسير سوء الاستعمال أو الإدمان في أي من النظريات النفسية أو النظريات السلوكية البيئية. رغـم مـسمى هـذا النموذج فإن نموذج المرض ليس نموذجاً طبياً ولا بيولوجياً، ورغـم قـدم هـذا النموذج فما، يزال واعداً في هذا الميدان. (عبد الرازق، ١٩٩٠م، ص٧٣).

لكن لسوء الحظ فإن النموذج لا يشتمل على تفسير واضح للإدمان وجوهر هذا النموذج يشير إلى أن سوء الاستخدام أو بصفة محددة "الإدمان" هو مـرض. فالإدمان مرض قائم بذاته وليس عرضا أو جزءاً من مـرض آخـر، والإدمـان كمرض ليس تفسيراً بقدر ماهو تقرير للحقيقة حول أنماط الاستخدام غير المتكيف، وخطر التكرار لهذه الأنماط أثناء حياة المدمنين.

ويرى القصور المرضي لسوء استخدام العقاقير يعتبر شائعاً في المجتمـع، ومعظمنا يشعر أن الذين يسيئون استخدام العقاقير إنما هـم مرضـى ويحتـاجون للعلاج. حيث يتضمن المرض وجود شذوذ بدني سواء كان هذا الشذوذ تشريحياً أو فسيولوجياً، حيث إشارة الأدلة إلى وجود خصائص شذوذ بيولوجيـة للـذين هـم عرضة لسوء استخدام العقاقير، فلقد أوضحت الدراسات الوراثية وجـود (جـين) مستقل عن التأثيرات البيئية يمد الفرد بنشاط لتطوير سوء استخدام العقاقير، وقـد اقترح الباحثون عدة نظريات وراثية حيوية تشتمل على شذوذ فـي وظيفـة نقـل السيالات العصبية مثلا السيروتنين أو الكاتيكول أمنيات أو اختلافات في تمثيـل الكحول. وغياب دليل طاغ لأي من هذه العلامات البيولوجية يجعل من أي سـبب بيولوجي منفرد أمر غير وارد.(الشناوي وآخر، ١٩٩٨م، ص:٤٤٤).

**ثانياً: النظريات النفسية Psychological theories**

يشيع في ميدان التعاطي والإدمان العديد من النظريات والنماذج والمنـاحي المختلفة التي تسعى إلى تفسير وفهم طبيعة ظاهرة الإدمان واضطرابات الإدمـان ويقصد بها في هذا المقام النظريات التي تعتمد في تفسيرها على العمليات العقليـة الداخلية للفرد، ورغم عدم تجاهل العوامل البيئية، فإنه قد يكون للعوامل الداخليـة مثل العواطف والمشاعر وخصائص الشخصية دورها الأساسي في هذا الـسلوك المرضي، ومن هذه النظريات:

**أ) النظرية السيكودينامية: Psychodynamic Theory**

سادت المدرسة السيكودينامية المجال النفسي في النصف الأول من القـرن العشرين وهي مثل نظريات أخرى تنظر للإدمان على أنه عرض أكثر من كونـه سبباً لمشكلات سلوكية أو انفعالية.

وهناك عدة مدارس رئيسة تدخل في أدبيات المدرسة السيكودينامية فهنـاك تفسير يدور حول التثبيت الفمي خاصة في تفسير سوء استخدام أو الاعتماد علـى الكحول.

وثمة تفسير آخر نشأ في المدرسة السيكودينامية يرى أن عدم مقدرة الأم أو الأسرة على الوفاء بحاجات الطفل الاعتمادية في المرحلة المبكرة مما ينتج عنـه عدم تأكيد لدى الطفل حول إشباع هذه الحاجة، وبذلك فإن الطفل لا يطور القـدرة على تأخير الإشباع، وهذا التحمل المنخفض للإحباط يظهر في صـورة سـلوك اندفاعي مثل الغضب أو الانسحاب أو في صورة استخدام للمـواد الـذي يعتبـر أسلوب غير ناضج لتحقيق الإشباعات الفمية.

وثمة تفسير آخر طوره مينجر (1938) Menninger الذي يـرى أنـه طالما الحاجات الشخصية لم تشبع فإن الفرد يصبح غاضباً من والديه ولأنه غيـر قادر على التعبير عن هذه الرغبات العدائية نحوهما فإن غـضبه يتجـه داخليـاً ويظهر في شكل سلوك مدمر للذات من خلال سوء استخدام العقاقير. وفـي رأي كثير من منظري المدرسة السيكودينامية فإن المدمنين يشتركون في الغالـب فـي بعض الخصائص مثل: الاعتمادية، والاندفاعية، والنرجسية، والانعزال العـاطفي،

ومشاعر عدم الملاءمة والاكتئاب. وينظر إلى الخمور والمخـدرات علـى أنهـا طريقة للوفاء بحاجات الاعتمادية واستبعاد عدم الارتياح النفسي الناتج عنها وتعمل المواد المنشطة نفسياً كمعينات للأنا .(حسن، ١٩٩٥م، ص:٦١).

وهناك تفسير آخر تأتي به المدرسة السيكودينامية ترى فيه المادة أو العقار الضار على أساس أنها موضوع والإدمان على أساس أنه يشابه الاعتمـاد علـى أناس آخرين، كذلك فإنه ينظر للإدمان على أنه بديل عن علاقات مع آخرين قـد تؤدي بالفرد إلى صراع أو أضرار.

وهناك فرض التداوي الذاتي باعتباره تفسيراً نفسياً لظاهرة الإدمان حيـث يرى أن الفرد يستخدم الكحول وغيره من العقاقير لمداواة عدم تحمـل الحـالات الوجدانية. وفي رأي خانتازيان (١٩٨٥) Khantazian أن اختيار العقار أو المادة التي تستخدم يتم بناء على قدرتها على ضبط حالات وجدانيـة معينـة. فـبعض المدمنين يستخدمون العقاقير المنشطة للتعامل مع الاكتئاب والـضجر أو الخـوف بينما آخـرون يـستخدمون المهـدئات لعـلاج أخطـار الغـضب أو الهيـاج. (كامل،١٩٨٩م،ص:٧٨).

**ب) النظريات السلوكية (التعلم) والبيئة:**

النظريات السلوكية أو نظريات التعلم هي تلك النظريات أو التفسيرات التي تبحث عن تبرير السلوك. وهو هنا استخدام أو إساءة استخدام العقاقير. على أساس من تفاعلات الفرد مع البيئة وآثار متغيرات بيئية معينة على السلوك. وتتـضمن النظريات السلوكية نظرية التعلم الاجتماعي، النظريات التفاعلية وجوانـب مـن نظرية التوقع ونظرية خفض التوتر ونظرية كبح استجابة الانضغاط.

**١ - نظرية التعلم الاجتماعي: Social Learning theory**

تفترض نظرية التعليم الاجتماعي أن كل صور اسـتخدام المـواد تحكمـه القواعد الإجرائية وقواعد التعلم بما في ذلك العوامل المعرفية. ويتعرض الـشباب لنماذج تنمي الاتجاهات نحو استخدام العقاقير وكذلك المعتقـدات الـسائدة حولـه ونماذج من سلوك التعاطي حيث يتعلمون منهم هذا السلوك. وبناء على التعـرض للمواد أو العقاقير فإن الخبرة المباشرة تجعل استخدام العقاقير إما يعزز إيجابياً أو

سلبياً عن طريق إثارة وتشتمل المعززات الناتجة عن المخدرات خفـض التـوتر وخفض الانضغاط أو التعامل مع الحالات الوجدانية السلبية أو زيـادة التفـاعلات الاجتماعية. وإذا استمر استخدام العقار فإن زيادة التحمل (الإطاقة) للآثار المعززة يتطلب كميات أكبر لتحقيق نفس الآثار والحصول على كميات أكبر قد ينتج عنـه انشغال زائد بالحصول عليها. وبالمثل فإن الاعتماد البدني قد ينتج عنه ما يستلزم مزيد من الاستخدام لتجنب أعراض الانسحاب. والحصول على المعززات قصيرة المدى قد يحقق الرغبة في تجنب تعزيز السالب من النتائج السلبية السابقة الناتجة عن استخدام المادة.

وقد أعطت التعديلات الأكثر حداثة لنظرية التعلم الاجتماعي أهمية أكبـر للعوامل الأخرى في ذلك الخصائص الشخصية، والعوامـل المعرفيـة ونـواقص مهارات التعامل الاجتماعية النفسية .(خليفة، ١٤٢٠هـ، ص ص: ٥٢-٥٤).

**٢ – النظريات التفاعلية Interact ional theories**

تقترح هذه النظريات أن السلوك بما فيه سلوك استخدام العقاقير هو نتيجـة للتأثيرات المتبادلة بين الشخص (الفرد) وبيئة هذا الـشخص ومخـزون الـسلوك الفردي. وإذا قارناها بنظرية التعلم الاجتماعي فإن الفرد يعتبر عاملاً نشطاً يتـأثر بالعوامل المعرفية، والوجدانية والدافعية بجانب تأثره بالبيئة. ومن شـأن عمليـة التفاعل المستمرة والتغذية المرتدة بين البيئة والفرد أن تؤثر على السلوك. وتقـوم النظرية التفاعلية الحديثة على أساس من نماذج إحصائية للتباين المتعدد وتمثلهـا نظرية السلوك المشكل التي أقترحها جيسوروجيسور (١٩٩٧) ونمـوذج المجـال الذي اقترحه هوبا وبنتلر (١٩٨٢) Huba & Bentler والنموذج النمائي لزوكر Zucker (١٩٧٩).

وفي رأي جيسور و جيسور أصحاب نظرية سلوك المـشكلة، أن مـشكلة تعاطي الخمور هو واحدة من عدة مشكلات، وهذه السلوكيات المشكلة هو نتيجـة للتفاعل بين ثلاثة أنظمة داخل الفرد: الشخصية، البيئة المدركة، والسلوك: وفـي داخل كل نظام هناك خصائص أو متغيرات تمثل تعرضاً أو ميلاً للانحـراف أو السلوك المشكلة، وككل سلوكيات المشكلة. فإن سلوك الشرب سواء كان يمثـل أو

لا يمثل مشكلة هو متغير مستمر أكثر من كونه حالة متقطعة. ولا يذكر جيـسور شيئاً عن الآثار الصيدلانية أو الاستهداف البيولوجي.

وفي نموذج المجال يرى هوبا وبنتلر أن الشرب هو واحد مـن مجموعـة أكبر من النزاعات السلوكية أو طرز الحياة. وهذه النزاعات هي نتيجة للتفاعلات بين عدة مجالات هي المجالات البيولوجية والداخلية الشخصية والبـين شخـصية والثقافية، وبذلك فإن نموذج المجال يبدو أنه أكثر شمولاً عن غيره من النظريـات التفاعلية بإدخاله استخدام العقاقير في إطار واسع من السلوك والتأثيرات بكل مـن العوامل البيئية والبيولوجية.(الخطيب، ١٩٩٠م، ص:١٤٦).

**٣ـ نظرية التوقع : Expectancy theory**

تعتمد هذه النظرية في تفسيرها للإدمان على العوامل المعرفية، وعلى توقع وجود علاقة منظمة يمكن التنبؤ بها بين حدث أو شيء وبين النتيجة أو العائد منه.

وإن التوقعات هي عمليات معرفية بربط الأحـداث أو بـشكل أدق توقـع الأحداث لنتائج معينة. ومن خلال قواعد التعلم يتعلم الفرد أن يتوقع العلاقات بـين الأحداث أو الموضوعات في موقف قادم. وبالنسبة لنظريات التوقع، فإن ما يـتم تعلمه هو العلاقة بين استخدام المادة ونتائج معينة مرغوبة نتيجة أنهـا معـززة. ويحدث سوء استخدام العقار عندما يكون لدى المدمن توقعات إيجابية للاسـتخدام أكبر من عددها أو قيمتها عن التوقعات السلبية وهذه التوقعات قد تُعزز في خبـرة قصيرة المدى. ونظراً للكميات المحدودة للخبرة والاسـتهداف لتـأثيرات الثقافـة الشائعة وخرافتها فإن المراهقين قد يكونون أكثر عرضه لتنمية التوقعات التـي لا يثبت صدقها في المدى البعيد. (عفيف، ١٩٨٦م، ص ص:١٤٤-١٤٥).

**٤- نظرية خفض التوتر أو محق استجابة الانضغاط:**

على الرغم من أن فكرة أن مدمني الكحوليات يكونـون متـوترين نتيجـة لإحباط الصراعات المتصلة بالجوانب الفمية والاعتمادية التي قد نشأت في إطـار أدبيات مدرسة التحليل النفسي. فإن نظرية خفض التوتر تقوم أساساً على قواعـد التعلم التي ينظر فيها لسلوك الإدمان على أنه سلوك يكافأ. والعناصر الرئيسية في نظرية خفض التوتر تقرر أن الكحول يخفض التوتر الذي يشتمل على الخـوف،

والقلق والصراع والإحباط وأن الكحول يستخدم لخصائصه المخفضة للتوتر. وقد أوضحت البحوث الأكثر حداثة أن خصائص خفض التوتر للكحول تشاهد فقط في إطار منحنى استجابة لجرعة كحول محدودة وأن خفض التوتر ليس عاملاً وحيـداً صادقاً لتفسير الاستخدام وسوء الاستخدام .(العثمان، ١٤١٨هـ، ص:٤٤).

أما نظرية محق أو إخماد استجابة الانضغاط فهي شبيهة بنظريـة خفـض التوتر. حيث يتعلم الفرد أن العقاقير يمكن أن تخفـض مـن اسـتجابة الجـسدية للضغوط وبذلك فهي تلقن وتشجع استخدام العقار في مواقـف ضـاغطة مماثلـة وتشمل العمليات المعرفية بما فيه التوقعات وخصائص الفـرد مثـل الاسـتجابة والحساسية للضغط مما قد تكون هامة في تحديد الأشخاص المستهدفين.

**٥- الإعاقة الذاتية : Self-Handicapping**

تتلخص هذه النظرية في أن الأشخاص الذين ليسوا متأكدين حول جدارتهم في مواقف محددة قد يستهلكوا المواد المخدرة لكي يعـزون (يرجعـون) أداءهـم الضعيف لحالة التسمم بدلاً من عزوها لضعف جدارتهم أو قدرتهم الحقيقية.

**٦- الوعي الذاتي : Self-awareness**

إن المواد المخدرة بكافة أنواعها تؤثر على العمليات المعرفيـة بمـا فيهـا الوعي بالذات (Hull 1987)، ويصبح الفرد أقل قـدرة علـى تقـويم خبراتـه الشخصية السليمة بما فيه الإخفاق والنتائج السلبية للاستخدام أو سـوء الاسـتخدام المستمر للعقار، ومن ثم فإن الاستخدام يمكن أن يستمر. وبالنسبة للشباب المـدمن فإن إدراك الآثار السلبية للعقار هو أمر ضروري للفرد كي يكون قادر على تفادي استخدام هذه العقاقير كلها أو لتجنبه التقدم من الاستخدام التجريبي إلى الاسـتخدام الحقيقي للعقار.

**ثالثا : التفسيرات الاجتماعية والثقافية:**

ترتكز التفسيرات الاجتماعية والثقافية للتعاطي والإدمـان علـى الأسـرة والأقران والبيئة الاجتماعية والثقافية.

فمن ناحية الأسرة نجد أن العامل الأساسي في اضطراب البيئة الأسرية هو اضطراب في عملية الو الدية وما يحدث فيها من أساليب وممارسات خاطئـة أو شاذة في تنشئة ورعاية الأبناء وفي تلبية حاجاتهم، ومن الملاحظ في هذا الشأن أن الإدمان كثيرا ما يرتبط بالتصدع الأسري، وهو ما يرتبط بدورة أيـضا بوجـود البيئة المهيأة لنشؤ الاضطرابات النفسية والانحرافات السلوكية كالجناح والـسلوك المضاد للمجتمع والإدمان .(بدر، ١٩٨٥م، ص:١٠٦).

كما يرتبط التعاطي والإدمان ارتباطا كبيرا بتأثير جماعات الأقـران التـي يتفاعل الفرد معها وبخاصة في مرحلة الشباب، فيما يعرف بجماعة الأقران ففـي هذه الجماعات الاجتماعية يندمج الفرد في أسلوب حياتها ويتوحد معهـا. فيـرتبط تعاطي المواد المخدرة بوجود مثل هذه الجماعات الذين تتفق معتقداتهم واتجاهاتهم وقيمهم وتبريرهم لتعاطي المخدرات، وقد يفسر التعاطي بأنه قد يؤدي دورا هامـا في عضوية الجماعة وفي التوحد مع الجماعة. وتعتبر البيئـة الاجتماعيـة مـن العوامل المساهمة في التعاطي والإدمان، وتشمل البيئة في هذا الـشأن متغيـرات عديدة مثل المتغيرات السكانية والعمرية والمستوى الاجتماعي الاقتصادي والعمل والمهنة والمستوى التعليمي والمعايير الاجتماعية والقيم الدينية ونظـم المعتقـدات والتقاليد وغير ذالك من المتغيرات التي تعتبر محددات للتعاطي والإدمان. كما أن للعوامل الثقافية التي تشيع في جامعة من الجماعات وتمثل أسـلوب حيـاة تلـك الجماعة دور في تفسير التعاطي والإدمان، لذا تؤكد التفسيرات الثقافية للتعـاطي والإدمان أهمية دور الاتجاهات والمعتقدات والقيم السائدة في المجتمع.

من هنا يرى الباحث أن كل نظريات الإدمان إنما تتضمن عنصرا من الحقيقة والفعالية، وينبغي لذالك أن تكون موضع اعتبار فيما يطرح من تفسيرات وتحليلات لتلك الظاهرة المعقدة والمتعددة الأبعاد والتي تنتمي إلى أنظمة علمية متنوعة. ومن هنا فإن نتائج المنحى التكاملي الذي يفيد وظيفيا في كل ما تقدمه النظريات ونتائج البحوث من إسهامات متنوعة هو الأسلوب الأمثل في فهم وتفسير التعاطي والإدمان وتضميناته في استراتيجيات وأساليب وإجراءات التدخل الوقائي والعلاجي.

**رابعاً : أسباب تعاطي المخدرات:**

تعد ظاهرة انتشار المخدرات من الظواهر المرعبة والمخيفة التي تهدد مجتمعات العالم بأسره، حيث إن خطرها لا يقتصر على الأفراد والمدمنين فقد، بل يشمل المجتمع ككل من خلال استنزاف الأموال الطائلة ويمتد إلى أسوأ من ذلك خلال تعطيل أفراد المجتمع فكرياً واجتماعياً، والذين هم أساس المجتمع والبنية الأساسية في تكوينه ومن ضمنهم الأفراد المدمنين.

ونظراً لأن المخدرات تعتبر خطراً حقيقياً وهداماً على كل المجتمعات حري بنا أن نتعرف على الأسباب الكامنة وراء تعاطي المخدرات للحد من هذه الظاهرة، أو على الأقل التقليل منها.

**١- التفكك الأسري:**

التفكك انهيار وحدة اجتماعية وتداعي بنائها واختلال وظائفها وتدهور نظامها، سواء أكانت هذه الوحدة شخصاً أم جماعة أم مؤسسة أم أمة بأسرها، وهو عكس الترابط والتماسك. (مدكور، ١٩٧٥،ص:١٢١).

وتم قياس التفكك الأسري بعدة مؤشرات هي: وفاة الوالدين، الانفصال بين الوالدين، الطلاق، مواجهة المشكلات العائلية، تعاطي أحد أفراد الأسرة

المخدرات، عدم مساعدة الأسرة للمريض بعد خروجه من المستـشفى، نـوع المساعدة الأسرية.

**٢- البطالة:**

وهي تعني الحالة التي يكون فيها الشخص قادراً على العمل وراغبـاً فيـه وباحثاً عنه لكنه لا يجده. (بدوي، ١٩٨٦،ص: ٤٣٤). إن عدم توفر فرص العمل المناسبة للأشخاص ذوي القدرات والمهارات المختلفـة تـؤدي إلـى تعـاطيهم المخدرات.

**٣- أصدقاء السوء:**

إن جماعة الأصدقاء من أهم الجماعات التي لها تأثيرها البالغ في توجيـه سوك الفرد، ومن أبرز العوامل المؤثرة في عملية تعاطي المخدرات، وهي جماعة يؤمن أعضاؤها بأفكار متشابهة، ويقومون بتحقيق أهداف مشتركة، وهي لا تكون في كل الأحوال من فئة عمرية واحدة، أو من أصحاب مهنة واحدة، بـل تحـوي العديد من المستويات الاجتماعية المختلفة، ولكنها مـع ذلـك جماعـة منحرفـة متماسكة. (عفيف، ١٩٨٦، ص:١٠٦). ويقصد بأصدقاء السوء تلك الجماعة التي يتعاطى أفرادها أي نوع من المخدرات.

# الرعاية اللاحقة للمدمن المتعافي

**تمهيد :**

تعد برامج الرعاية اللاحقة عنصرا أساسا ورئيسا في جميع الخطط العلاجية التي توجه نحو شرائح ونوعيات مختلفة من عملاء المؤسسات الاجتماعية، كما أنها ضرورية لنجاح التدخل العلاجي في كثيـر مـن المـشكلات البدنيـة والنفـسية والاجتماعية، هذا بالإضافة إلى أن تصميمها وتنفيذها بطريقة مهنية يضمن إلى حد بعيد تحقيقها لأهداف عملية التدخل والخروج بنتائج مرضية.

وقد أشارت بعض الدراسات إلى نوعية محددة من العملاء الذين أصـبحت برامج الرعاية اللاحقة للتعامل مع أوضاعهم ومـشكلاتهم بعـد خـروجهم مـن المؤسسات والمراكز الاجتماعية والعلاجية على وجه الخصوص -أمرا مسلما بـه وجزء رئيسا في خطط وبرامج العلاج منهم:

- المجرمين والأحداث المنحرفين.
- المرضى من المدمنين.
- المرضى بأمراض مزمنة وخطيرة ومعدية.
- المرضى بأمراض نفسية.
- المعوقين بمختلف شرائحهم.
- الأطفال الذين أسيء معاملتهم.
- الزوجات اللاتي أسيء معاملتهن.
- الأطفال المولودين لأمهات يعانين من أمـراض بدنيـة ومـشكلات نفـسية واجتماعية محددة.
- المرضى المصابين بالسمنة.
- المرضى من كبار السن.

**أولاً : مفهوم الرعاية اللاحقة :**

الرعاية اللاحقة هي مجموعة من البرامج والخدمات التي تستهدف تعزيـز العملية العلاجية التي تلقاها المتعافي في المؤسسات العلاجية، فالتعافي من الإدمان لا يعني بالضرورة التوقف عن تعاطي المخدرات فقط، فبالإضافة إلى ذلك فإن المتعافي بحاجة إلى اكتساب مجموعة متنوعة من المهارات والسلوكيات الجديدة التي تساعده على تعزيز وتأكيد وضمان عملية التعافي، وأخص هنا تلك المهـارات والخبـرات والسلوكيات التي تدعمه في مواجهة التحديات والمشكلات والصعوبات التي قد تؤدي به إلى العودة مرة أخرى لتعاطي المخدرات.

ويحدد (علي، ٢٠٠٠م، ص:٣٦) مفهوم الرعاية اللاحقة للمتعافين من خلال عرضه للدور العلاجي للأخصائي الاجتماعي مع المرضى المدمنين بقوله" :متابعة المدمن العائد من العلاج في بيئته الطبيعية حتى يتم التأكد من عدم عودته إلى الإدمان مرة أخرى، وتدعيم التغييرات الإيجابية التي حدثت في ذات المدمن وسـلوكه فـي الأسرة والعمل على مواجهة ما يظهر من مشكلات وصعاب قد تؤثر على إرادته في البعد عن المخدرات".

أما (نيازي، ١٤٢٩هـ، ص:٨٢) فيعرف الرعاية اللاحقة للمتعافين بـأنها : "المرحلة الأخيرة في البرنامج العلاجي التي تستهدف توفير جميع أشكال الرعايـة اللازمة والمحافظة على الصحة وتوفير الدعم النفسي والاجتماعي وجميع أشـكال الخدمات التي يحتاج إليها المتعافي وأسرته بعد الخروج من المستشفى".

**ثانياً : أهمية وأهداف برامج الرعاية اللاحقة :**

تعود أهمية برامج الرعاية اللاحقة للمدمنين المتعافين إلى كونها جزء مكملا للبرنامج العلاجي الذي حصلوا عليه داخل المراكز العلاجية، حيث يمكن النظر إلى هذه البرامج كآليات أساسية للتعامل مع مسببات الإدمان الحقيقية وعاملا ضامنا لعدم عودة المتعافي إلى الإدمان مرة أخرى، كما يمكن النظر إلى برامج الرعاية اللاحقة كأسلوب لتفعيل الدور المجتمعي في التعامل مع الـصعوبات والتحـديات النفـسية والاجتماعية التي قد تواجه المتعافين بعد خروجهم من المراكز العلاجية بما يضمن عدم عودتهم إليها.

وفي هذا الصدد يؤكد (السنهوري، ١٤٢٤هـ، ص:١٥) علـى أن أهميـة برامج الرعاية اللاحقة تكمن في:

١. كونها جزء مكملا للعملية العلاجية التي بدأت في المؤسسة وبدونها فإن هذه العملية تعد ناقصة وغير فاعلة.
٢. عدم ضمان الأخصائيين القائمين على البرامج العلاجية داخـل المؤسـسات التغييرات البيئية التي قد تؤدي إلى حدوث انتكاسات فـي الحـالات التـي يشرفون على علاجها أو انهيار الأنماط السلوكية الإيجابية التـي اكتـسبوها أثناء فترة العلاج.

ويرى (نيازي، ١٤٢٩هـ، ص:١٠٣) أن أهداف خطط وبرامج الرعايـة اللاحقة للمتعافين يجب أن تعكس حاجاتهم البدنية والنفسية والعقليـة والاجتماعيـة وتساعدهم في التعامل مع الصعوبات والمشكلات والتحديات التي يمكن أن تواجههم خلال فترة تعافيهم، ويلخص أهم هذه الأهداف في التالي:

١- خفض فترة التنويم.
٢- توفير الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية والتأهيلية اللازمة للمتعافي.
٣- توفير الدعم النفسي والاجتماعي للمتعافي وأسرته.
٤- مساعدة المتعافي وأسرته في فهم المشكلات التي يمكن أن تواجههم بعد الخروج وإكسابهم المهارات اللازمة للتعامل معها.
٥- مساعدة المتعافي وأسرته وتوجيههم بشأن التكيـف مـع الأوضـاع والأدوار الجديدة.
٦- المساعدة في الحصول على الخدمات المجتمعية.

أما (الرشود، ١٤٢٤هـ، ص:٤٤) فيحدد أهداف برامج الرعاية اللاحقة في الجوانب التالية:

-مساعدة المريض على تقوية صلته بالله عز وجل.
-مساعدة المريض للاعتماد على نفسه وتحمل المسؤولية.
-مساعدة المريض على تكوين علاقات إيجابية جديدة مع المحيطين به.
-مساعدة المريض على التخطيط لشغل أوقات الفراغ واستغلالها بطريقة بناءة.

-مساعدة المريض على إثبات ذاته وتقبل نفسه.

-مساعدة المريض على التعامل مع بعض المشكلات التي قد يواجهها خلال فترة التعافي.

-مساعدة المريض على تحسين علاقاته الأسرية.

-مساعدة المريض على تحسين علاقاته المجتمعية.

**ثالثا : محتوى خطط برامج الرعاية اللاحقة :**

تختلف وتتنوع حاجات عملاء برامج الرعاية اللاحقة وأسرهم تبعا لاختلاف مشكلاتهم وخصائصهم البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية، وبالتالي فإن خطط الرعاية اللاحقة– البرامج والخدمات -التي يحتاج إليها هؤلاء العملاء بعد خروجه من المؤسسة تكون مختلفة أيضا، ومن هنا فإن محتوى خطة الرعاية اللاحقة يجب أن تعكس حاجات العميل والبيئة التي يعيش فيها، وفي هذا يؤكد (نيازي، ١٤٢٩هـ، ص:٨٩) على أهمية النظرة الشمولية لخطط الرعاية اللاحقة لحاجات العملاء وأسرهم وتغطيتها للحاجات والجوانب الطبية والتمريضية والنفسية والعقلية والاجتماعية للعملاء، وضرورة العمل على تصميمها في المراحل الأولى من العلاج وبمشاركة جميع الأطراف المعنية.

فقد حدد ثمانية حاجات اجتماعية رئيسة لابد أن تتضمنها خطط الرعاية اللاحقة هي:

١ -الإعاقة وما تفرضها من حاجات بدنية ونفسية واجتماعية.

٢ -المساعدات أو المعونات التي ينصح بها كالأجهزة والمواصلات.

٣ -الخوف من التطورات المستقبلية من جانب العميل وأسرته.

٤ -المساعدات المالية.

٥ -المعونات الأسرية كخدمات التمريض والعناية الشخصية.

٦ -السكن.

٧ -الرعاية المؤسسية طويلة الأمد.

٨ -الرعاية المؤسسية قصيرة الأمد أو المؤقتة.

أما (نيازي، ١٤٢٨هـ، ص:١٤٢) فيؤكد على أهمية تعامل برامج الرعاية اللاحقة مع حزمة متنوعة من الصعوبات والتحديات والمشكلات التي تواجه المتعافين بعد خروجهم من المراكز العلاجية هي:

-المشكلات والتحديات المرتبطة بتغيير نمط أو أسلوب الحياة والمعيشة.

-التحديات المرتبطة بصعوبة اتخاذ القرارات.

-الاضطرابات الانفعالية والنفسية والسلوكية.

-مشكلات عدم القدرة على تنظيم الوقت.

-المشكلات الاقتصادية.

-التحديات المرتبطة بعدم القدرة على التحكم في الضغوط ومشاعر القلق.

-المشكلات المرتبطة بعلاقات المتعافي مع المحيطين.

-مشكلات العزلة والشعور بالوحدة.

-المشكلات المرتبطة بشغل وقت الفراغ وممارسة الأنشطة.

-التحديات المرتبطة بنظرة المجتمع نحو المتعافي.

-المشكلات المرتبطة بعدم توفر الخدمات والبرامج المجتمعية المناسبة.

ومن هنا يحدد (نيازي، ١٤٢٨هـ، ص:١٦٦) محتوى خطة الرعاية اللاحقة في الجوانب التالية:

١-الرعاية الطبية.

٢-الحاجات اليومية الأساسية.

٣-العلاج النفسي والاجتماعي الفردي والجماعي والأسري.

٤-الدعم والمساندة الاجتماعية.

٥-المساعدات المالية.

٦-الأنشطة الترويحية.

٧-الخدمات التأهيلية والتدريبية والتشغيلية.

**رابعاً : الأطراف المشاركة في وضع برامج الرعاية اللاحقة :**

تختلف طبيعة الأطراف المشاركة في وضع وتنفيذ خطط وبرامج الرعايـة اللاحقة وذلك تبعا لاختلاف مجالات الممارسة، وطبيعة المشكلات التي يتم التعامل معها، وحاجات العملاء الذين تخدمهم هذه الخطط والبرامج وخصائـصهم البدنيـة والنفسية والاجتماعية، هذا بالإضافة إلى أنظمة المؤسسات الاجتماعية وسياساتها .

فعلى سبيل المثال نجد أن الأطراف التي تشارك في وضع خطـة الرعايـة اللاحقة للمرضى بأمراض مزمنة أو خطيرة في المستـشفيات تتـضمن الطبيـب والأخصائي الاجتماعي والمريض وأسرته، والمؤسسات التي يمكن الاستفادة منهـا في توفير بعض أنواع الخدمات للمريض. أما في مجال الإدمان فإن الأطراف التي ينبغي أن يكون لها إسهاما رئيسا في وضع برنامج الرعاية اللاحقة تتمثل في العميل وأسرته والطبيب النفسي والأخصائي الاجتماعي والمؤسسات المجتمعية التي يمكن الاستفادة من خدماتها وبرامجها في تنفيذ خطط الرعاية اللاحقة، وباختصار يمكـن القول أن أهم الأطراف المشاركة في وضع وتنفيذ خطط الرعاية اللاحقة للمتعـافين تتمثل في:

- العميل.
- الأسرة.
- الطبيب النفسي.
- الأخصائي الاجتماعي.
- الأصدقاء والأقرباء وزملاء العمل.
- جميع المؤسسات المجتمعية التي يمكن الاستفادة من برامجها وخدماتها .

كما ينبغي التأكيد على أن نجاح خطط الرعاية اللاحقة وتحقيقها لأهدافها يعتمد بدرجة كبيرة على عدة عوامل لعل من أهمها:

١- توفر المؤسسات أو الأقسام أو الإدارات المتخصصة التي تعنى ببرامج الرعاية اللاحقة للمتعافين وإيمانها بقيمة هذه البرامج وأهميتها في نجاح العمليـة العلاجيـة للمتعافين.

٢- توفر الكوادر المهنية المؤهلة التي تستطيع أن تصمم برامج الرعايـة اللاحقـة وتنفذها بطريقة علمية مهنية صحيحة.

٣- استعداد جميع الأطراف المشاركة لبذل الجهد وتحمل المـسؤولية والمـشاركة الفاعلة في جميع خطوات البرنامج.

٤- وضوح مهام ومسؤوليات جميع الأطراف المشاركة.

٥- المتابعة الدقيقة من جانب المشرفين على تنفيذ خطط الرعاية اللاحقة لـضمان تنفيذه بالشكل الذي وضع من أجله.(عبد الصمد، ١٤٠٨هـ، ص:١٠٧)

**خامساً : وحدة الرعاية اللاحقة في مستشفى الأمل :**

تسهم وحدة الرعاية اللاحقة بمجمع الأمل وبشكل فاعل في علاج الإدمان، وهي الوحدة التي تستقبل المدمنين الذين أنهوا فتـرة الأعـراض الانـسحابية أو أعراض التسمم والخالين من الاضطرابات النفسية أو العضوية الشديدة المصاحبة للإدمان وتهدف الوحدة إلى :

١- مساعدة المرضى على منع انتكاستهم أو عدم عودتهم إلى المواد المخدرة أو تقليل هذه الانتكاسة إن لم يكن منعاً نهائياً .

٢- مساعدة المرضى على تطوير وعيهم بمشكلة الإدمان كونه مرضاً وكيفية العلاج منه .

٣- تقديم الدعم النفسي والاجتماعي للمريض وأسرته .

٤- تقوية الجانب (الوازع) الديني عند المرضى لما له من أثـر فعـال فـي الوقاية من الانتكاسة .

٥- مساعدة المرضى على تحسين مهاراتهم الاجتماعية وتقوية جوانب القـوة والتغلب على جوانب الضعف في شخـصياتهم بالإضـافة إلـى تطـوير مهارات الحياة ومهارات التكيف مع الظروف الحياتية المختلفة.

٦- العمل على تحقيق فرص عمل لهم من خلال الدورات التدريبية المقامة في وحدة الرعاية اللاحقة .

٧- مساعدتهم على التكيف مع مجتمعهم الخارجي لكي يعودوا إليـه بـشكل فعال.(نيازي، ١٤٢٩هـ، ص ص: ٩٦-٩٧)

**سادساً : خدمات وحدة الرعاية اللاحقة :**

تقدم خدمات الرعاية اللاحقة لمن وقعوا في إدمان المخدرات بكافة أنواعها سواء ممن أدمنوا استعمال المخدرات أو ممن أساءوا استعمال المـادة، والبـرامج تخدم فئتين من المستخدمين :

- الفئة الأولى : من وقعوا في المخدرات وأعمارهم من سن (١٨) فما فـوق (الكبار).
- الفئة الثانية : من وقعوا في المخدرات وأعمارهم أقل من سن (١٨) سـنة (المراهقون، ولهم أيام مستقلة تختلف عن أيام المراجعين الكبار).

وتشترط الوحدة للالتحاق ببرامجها ما يلي :

- أن يكون الملتحق محولاً من أقسام التنويم بعد انتهاء فترة علاجه، أو محولاً من العيادات الخارجية أو الطوارئ، وذلك بالنموذج المعتمد لدى الوحدة .
- أن يكون المستفيد لديه دافعية للمراجعة والانتظام في الحـضور للبـرامج العلاجية.
- أن تكون حالته مستقرة (لا يوجد لديه أي اضطرابات أو أعراض ذهانية).
- القبول بالعقد العلاجي الخاص بالوحدة والتوقيع عليه .

وتقدم برامج وحدة الرعاية اللاحقة على عدة صور منها :

جلسات علاجية (ثلاث جلسات يومية مع أحد أعـضاء الفريـق المعـالج (الأخصائي النفسي، الأخصائي الاجتماعي، مرشد علاج الإدمان، المرشد الديني). بحيث يكون في نهاية الأسبوع قد أتم المراجع، الجلوس مع كافة الفريق المعالج).

ويكون محتوى الجلسات للأخصائي الاجتماعي مناقشة :

- العوامل الاجتماعية المؤدية إلى التعاطي .
- الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات .
- كيف تكسب ثقة الأسرة .
- دور الأسرة في العلاج (النسق الأسري).
- الصداقة والصديق .
- المهارات الاجتماعية في الحياة . (الرشود، ١٤٢٤هـ،ص ص:٥٨-٥٩)

أما محتوى الجلسات للأخصائي النفسي فهي :

١) الضغوط النفسية .
٢) كيف نحل المشاكل .
٣) الصحة النفسية .
٤) توكيد الذات (المشكلات التي تواجه الشخص غير المؤكد لذاته).
٥) طرق تعديل السلوك (زيادة السلوك الإيجابي وتقليل السلوك السلبي).
٦) آليات الدفاع النفسية.

في حين أن محتوى الجلسات لمرشد علاج الإدمان تتمثل بـ :

١) الإدمان :
- فقدان السيطرة وعدم تدبير الحياة .
- الإنكار والتقبل.
- واجب يقوم به المريض (كتابة قصة إدمانـه والمراحـل ومناقـشته فـي المجموعة).
- أعراض ما بعد الانسحاب الحاد paws.

٢) التعرف على المشاعر وكيفية التعامل معها .
٣) مراحل التعافي (ويتم استخدام النموذج التطوري وتغطي المرحلـة الثانيـة والثالثة).
- مرحلة الاستقرار .
- المرحلة المبكرة في التعافي .

٤) منع الانتكاس .
- تعريف عملية الانتكاس.
- عوامل الانتكاس والعلامات المنذرة بالانتكاس .
- الوقاية من الانتكاس .

٥) أهمية برنامج الدعم الذاتي . (نيازي، ١٤٢٨هـ،ص ص:٥٧-٥٨)

ويتخلل هذا البرنامج جلسات فردية يقوم بها المتابع الرئيسي للحالة، وتعتمد الجلسات الفردية على نوع الحالة والخطة العلاجية الموضوعة سواء مـن ناحيـة

عدد الجلسات ومحتواها أو بناء على ما تتصف به شخصية المدمن أو مدى إدمانه على ألا يقل عدد الجلسات لكل مريض عن جلسة واحدة أسبوعياً للمتابعـة، مـع عرض الحالة كل فترة على الفريق المعالج ومتابعة تطور الحالـة، وفـي حالـة الحاجة لتدخل تخصص آخر يحوله المتابع الرئيسي له، وبعد ذلك يرجع للمتـابع الأصلي .

ويتخلل ذلك أيضاً جلسات أسرية مع أسر المرضى لتوعيتهم بكيفية التعامل المناسب مع المريض، كذلك توعيتهم بأضرار المخـدرات . ويـصحب برنـامج الرعاية اللاحقة برامج أخرى تصنف كالتالي :

<u>أولاً : برامج داخلية :</u> دورات الحاسب الآلي، دورات اللغة الإنجليزيـة، اجتمـاع الفريق المعالج مع المراجعين (الخيمة)، نشاط رياضي ثقافي (الصالة الرياضية).

<u>ثانياً : برامج خارجية :</u> رحلات (تقوم الوحدة بعدة رحلات ومنها رحلـة حـج، رحلة عمرة، رحلات اجتماعية ترفيهية في مدن المملكة)، زيارات (تقوم الوحـدة بعدة زيارات للأماكن التي تفيد المراجعين من جميع الجوانب).

وتقدم الفترة المسائية :

١- استراحة الإرشاد الديني.

٢- خيمة الدعم الذاتي.

ويتم تقديم برامج الرعاية اللاحقة خلال فترات زمنية متفاوتة، فعلى سـبيل المثال : يقضي المراجع كبير السن في برنامج وحدة الرعاية اللاحقة(ستة أشـهر) وتكون على النحو التالي :

المرحلة الأولى : ثلاثة أشهر، ثلاثة أيام في الأسبوع.

المرحلة الثانية : ثلاثة أشهر، يوم واحد في الأسبوع. (الرشود،١٤٢٤هـ،ص٩٦)

أما بالنسبة للمراهقين فلهم يوم واحد في الأسبوع ويقضي المراجع الوقـت الذي يقرره الفريق المعالج حالته مع المشاركة في أنشطة الوحدة.

وقد وضعت وحدة الرعاية اللاحقة خطة علاجية على النحو التالي :

١) يستقبل التمريض المراجع المحول للوحدة ويتم عرضـه علـى المنـسق الإداري وذلك للمقابلة الأولية للمراجع، ويتم في المقابلة تحديد مدى مطابقة

الشروط الخاصة بالالتحاق ببرنامج الوحدة على المراجع، وبعد ذلـك يـتم شرح البرنامج العلاجي للمراجع لتوضيح له وأهمية المتابعة والانتظام في الحضور، كذلك توقيع العقد العلاجي بـين المراجـع والمنـسق الإداري وإعطاء المراجع صورة من الجدول العلاجي الذي سوف يلتزم به وموعد لمقابلة ثانية مع المنسق الإداري (كرت موعد) لدخول البرنامج، وبعد ذلك يتم تحديد المتابع الرئيسي الذي سوف يستلم متابعـة المراجـع وإعطـاءه موعداً لمقابلته.

٢) بعد لقاء المتابع الرئيسي ودخول المراجع في البرنامج، يعـرض المتـابع الرئيسي الحالة في أقرب اجتماع مطول مع الفريق المعالج وبعد ذلك تـتم متابعة التطور في الحالة ويعرض للمتابعة بعد أسبوعين من تاريخ عرضه الأول (المتابعة الأولى) وبعد ذلك يتعرض للمتابعة أيضاً بعد شـهر مـن تاريخ عرضه (المتابعة الثانية) ويعرض بعد شهرين من تـاريخ عرضـه (المتابعة الثالثة) لكي يتم تحويله للمرحلة الثانية من العلاج (اليوم الواحد).

٣) بعد دخول المراجع في المرحلة الثانية من البرنامج العلاجي (ثلاثة أشـهر يوم واحد – الأحد) تختصر المتابعة على المقابلات الفردية مـع المتـابع الرئيسي مع عرضه عند الحاجة على الفريق المعالج.(نيازي،١٤٢٨هـ ـ، ص٧٦-٧٧).

**سابعاً : إجراءات ودور الأخصائي الاجتماعي في الرعاية والمتابعة :**

- إذا احتاج المعالج الرئيسي إلى معلومات مـن أسـرة المـريض يكلـف الأخصائي الاجتماعي بالاتصال على الأسرة وجمع المعلومات والتوعيـة والتثقيف لهم ومقابلتهم عند الحاجة.
- حضور الجلسات الأسرية مع المتابع الرئيسي في حال وجود نساء.
- إذا طلبت أسرة مريض مقابلة المتابع الرئيـسي تـتم المقابلـة بحـضور الأخصائية الاجتماعية.

- إذا احتاج الحالة إلى العلاج الأسري حسب ما يراه الفريق المعـالج يـتم التنسيق بين الأخصائي الاجتماعية والأخصائية الاجتماعية لتحويل الحالـة إلى أخصائية العلاج الأسري.

الإجراءات في حالة الغياب:

فترة الثلاثة أشهر الأولى :

١) في حالة غياب المراجع يوماً إلى يومين تتم مناقـشة مـن قبـل المعـالج الرئيسي.
٢) في حالة غياب المراجع ثلاثة أيام لا يدخل البرنامج حتى تتم مقابلة المعالج الرئيسي.
٣) في حالة تغيب المراجع أكثر من ثلاثة أيام يقوم المتابع الرئيسي بالاتصال بالمراجع وحثه على حضور الجلسات.
٤) في حالة تغيب المراجع لمدة شهر كامل أو أكثر تتم مناقـشة أمـره فـي اجتماع الفريق المعالج لإجراء اللازم.

فترة الثلاثة أشهر الثانية :

١) في حالة غياب المراجع ليوم واحد لا يدخل البرنامج حتى يقابـل المعـالج الرئيسي.
٢) في حالة غياب المراجع يومين أو أكثر يتم الاتصال به من قبـل المعـالج الرئيسي.
٣) في حالة تغيب المراجع لمدة شهر كامل أو أكثر، تتم مناقـشة أمـره فـي اجتماع الفريق المعالج لإجراء اللازم.(الرشود، ١٤٢٤هـ، ص١٤٢).

إجراءات الاستبعاد من البرنامج :

١) ثلاثة تحاليل إيجابية.
٢) عدم الانتظام في البرنامج.
٣) في حالة غيابه لمدة شهرين دون عذر.
٤) ارتكاب ما يخل بالعقد العلاجي.

علماً بأنه سيتم اتخاذ الإجراءات والتدخلات العلاجية اللازمة قبـل إنهـاء البرنامج . كما أن الاستبعاد يعني : تحويل المراجع إلى العيـادات الخارجيـة أو الطوارئ.

نقاط هامة للمعالجين :

١) المعايير الخاصة بتحويل المراجع من المرحلة الأولى إلى المرحلة الثانيـة هي :

- التقدم في سير البرنامج العلاجي الفردي.
- حضور البرامج الداخلية والخارجية.
- المشاركة والتفاعل مع الجلسات الجماعية.
- سلبية التحاليل.
- حسن السيرة والسلوك في الوحدة.

ملاحظة : يتم اتخاذ القرار بشأن المراجع جماعياً مع الفريق المعالج.

٢) إذا رأى المعالج بأن يطول برنامج العلاج أكثر من ستة أشهر يناقش ذلـك مع الفريق المعالج ويكون القرار جماعياً.

٣) تتم متابعة المراجعين المحولين من أعمالهم بالتعاون بين المتابع الرئيـسي والمنسق الإداري.

٤) يتم توزيع الحالات بالتساوي بين المعالجين من قبل المنسق الإداري بعـد المقابلة الأولية كالتالي :

- المرضى الذين يتم تحويلهم وتوقيع العقد العلاجـي معهـم يـوم الاثنـين والثلاثاء يعطون موعداً يوم الأربعاء مع المتابع.
- المرضى الذين يتم تحويلهم وتوقيع العقد العلاجي معهـم يـوم الأربعـاء يعطون موعداً يوم السبت مع المتابع.

٥) يقوم المنسق الإداري بتحديث جدول المتابعة وأسماء المرضى كل أسبوع.

٦) بالنسبة للجلسات الجماعية يجب الالتزام بالمواعيد الدقيقة للجلسات من قبل الفريق المعالج، وذلك حسب الجدول (٤٥) دقيقة لكل جلسة بحيث تؤخـذ بعين الاعتبار مواعيد راحة المراجعين بين الجلسات، كذلك عدم الـسماح

للمراجعين بالدخول بعد مضي (٥) دقائق من دخول المعالج، وعدم السماح للمراجعين بالخروج من الجلسة إلا في حالات يقدرها المعالج.

٧) أن يكون المحتوى العلمي للجلسات الجماعية يغطي ست جلسات متتالية غير متكررة كل حسب تخصصه.

٨) يقوم التمريض بالوحدة بالمرور على الأقسام الداخلية وتعريف المرضى بدور وحدة الرعاية اللاحقة في علاج الإدمان، مرة كل أسبوع.

٩) يتم إبقاء ملفات المراجعين المنقطعين عن البرنامج لمدة شهرين وبعد ذلك يتم إغلاق الملف في الوحدة، وفي حالة حضور المراجع بعد هذه المدة يحتاج إلى إحضار نموذج تحويل للوحدة من جديد، كما يتم تحويل ملف المراجع إلى السجلات الطبية في حالة إنهاء البرنامج سواء أكان استبعاداً أو إنهاء البرنامج بنجاح.

١٠) الحرص على السرية في التعامل مع المراجعين وسرية المعلومات الخاصة بهم، وعدم إعطاء أي معلومات عن المريض لأي إدارة داخلية أو جهة خارجية إلا بما يقتضيه النظام.

١١) العمل كفريق معالج واحد والتعاون مع الزملاء في كل ما من شأنه تطوير العمل وتقديم الخدمة العلاجية المميزة التي تسعى لها إدارة المجمع والعاملون فيه.

وطبق مجمع الأمل في الدمام فكرة منزل منتصف الطريق المستوحى من النظام الأمريكي والمسماة بالـ (halfway house) وطبقت هذه الفكرة في المملكة العربية السعودية لمساعدة المتعافين بما يتمشى مع عادات وقيم الدين ومن أهداف هذا المنزل: (نيازي، ١٤٢٨هـ، ص١٥٥).

- توفير جو صحي للمتعافين.
- مساعدة المتعافي على حضور برامج وحدة الرعاية المستمرة والمتابعة بها.
- مساعدة المتعافي على إتباع الأنظمة والقوانين التي سوف تواجهه في حياته المستقبلية.

- مساعدة المتعافي في الاعتماد على نفسه بدلاً من اعتماده على الغير بعـد اعتماده على الله عز وجل وتحمل المسئولية.
- مساعدة المتعافي على تكوين علاقات إيجابية جديدة.
- مساعدة المتعافي على البدء في تعافيه من خلال إيضاح مفهـوم التعـافي كعملية تطويرية.
- مساعدة المتعافي على فهم الظروف التي تعرضه لخطر الانتكاسة وكيفيـة تجنبها.
- مساعدة المتعافي في التخطيط للاستفادة من أوقات الفراغ.
- مساعدة المتعافي على إثبات ذاته وتقبل نفسه.
- مساعدة المتعافي في كيفية التعامل مع بعض المشكلات التي قد يواجههـا بصنع القرارات واختيار كل المناسب.
- مساعدة المتعافي على تحسين العلاقات الأسـرية والتعامـل مـع بعـض المشكلات التي قد يواجهها.
- مساعدة المتعافي على إعادة انخراطه في المجتمع وتحسين علاقاته.
- مساعدة المتعافي على إيجاد عمل ومسكن وتكوين نفسه بنفسه حتى يصبح عضواً فعالاً.
- مساعدة المتعافي على حضور مجموعات الدعم الذاتي.

والمنطلق العلمي الواقعي لإقامة منزل منتصف الطريق، كون العودة إلـى الحياة الطبيعية بالنسبة للمتعافي من الإدمان يستغرق فترة طويلة، والتعافي عبارة عن عملية تطويرية، ويعني أن التعافي عملية نمو ونضج، وهذا التطور يبدأ بتعلم كيفية التوقف عن تعاطي الكحول والمخدرات، وتعلم كيفية التعامـل مـع شـئون ومتطلبات الحياة.

ويؤكد (أبو عباة ونيازي، ١٤١٩هـ، ص٩٥) على أن اهتمامات جماعات المساعدة الذاتية تتركز حول مشاركة أعضاء الجماعة ومساعدة بعضهم بعضا فـي الاهتمامات، والآلام، والمشاعر، والتغييرات في نمط وأسلوب الحياة، والتركيز على

المشاعر والمواقف الإيجابية، والرغبة في البحث عن الأفضل، والأمل في المستقبل، والبحث عن السعادة.

إلى أن جماعات المساعدة الذاتية هي نظام للمساندة، وحركة اجتماعية ونظام للمشاركة، ونظام لتوفير الرعاية والدعم، ونظام بديل، ولجنة دولية، وثقافة فرعية، وجماعة للتأثير الاجتماعي، ومنظمة لأشخاص يواجهون أوضاعا صحية ونفسية واجتماعية معينة. ومن فوائد جماعات المساعدة الذاتية ما يلي :

١ -الحصول على الدعم والمساندة الاجتماعية من خلال التواجد مع مجموعة من الأشخاص الذين يشتركون في الاهتمامات والمشكلات.

٢ -اكتساب الإحساس بالأمل وذلك من خلال معرفة وجود أشخاص يعانون من نفس المشكلة ويمرون بنفس الخبرات والصعوبات.

٣ -اكتساب المهارات التي تساعد على التكيف مع الصعوبات والمشكلات.

٤ -مواجهة المشكلات وتقبل تحمل المسؤولية.

٥ -عرض المشكلات والاستفادة من معارف وخبرات ومهارات الآخرين.

وقسم Katz & Bender جماعات المساعدة الذاتية إلى خمسة أنواع وذلك حسب الأهداف التي يسعى كل نوع إلى تحقيقها :

١ -الجماعات التي تركز على إشباع الحاجات النفسية والنمو الشخصي لأعضائها كجماعات مدمني المخدرات والكحول.

٢ -الجماعات التي تركز على الدفاع الاجتماعي وذلك من خلال حماية حقوق ومصالح أعضائها سواء على المستوى الرسمي أو غير الرسمي.

٣ -الجماعات التي تعمل من أجل البحث عن نماذج وأساليب بديلة لنمط وأسلوب المعيشة.

٤ -جماعات اللاجئين المؤقتة التي تعمل على توفير خدمات إيوائية لنوعية من الأشخاص الذين يواجهون مشكلات اجتماعية ويحتاجون إلى حماية أنفسهم لفترة من الزمن بهدف التكيف والخروج إلى المجتمع مرة أخرى.

٥ -جماعات الأغراض المتنوعة التي تركز على النمو الشخصي، والحماية، والمساندة الاجتماعية.(العنزي، ٢٠٠٣م، ٧٧).

إلى أن خطوات العمل لمساعدة جماعات المساعدة الذاتية تتلخص في ست خطوات أساسية هي:

١ -المساعدة في ترتيب مكان الاجتماع.

٢ -المساعدة في البحث عن مصادر التمويل.

٣ -تحويل الأعضاء إلى الجماعة.

٤ -المساعدة في تدريب الأعضاء والقياديين.

٥ -قبول حالات التحويل.

٦ -المساعدة في الحصول على دعم وموافقة الجهات الرسمية والمهنية.

إلى أن المختصين في مجال مهن المساعدة الإنسانية يمكن أن يقوموا بدور فاعل في العمل مع جماعات المساعدة الذاتية وذلك من خلال:

١ -توفير الدعم والمساندة لهذا النوع من الجماعات لضمان استمراريتها.

٢ -القيام بدور الوسيط بين الخدمات المجتمعية المتاحة والمستفيدين وبين جماعات المساعدة الذاتية.

٣ -توفير الاستشارة لهذه الجماعات.

٤ -المبادرة بتكوين وإنشاء مثل هذه الجماعات والقيام بالإشراف عليها وتوجيهها.

**ثامناً : نموذج جماعات الدعم "جماعة المساندة الاجتماعية للمتعافين":**

جماعة المساندة الاجتماعية للمتعافين هي جماعة علاجية تهدف إلى توفير الدعم والمساندة الاجتماعية لهم، وتعليمهم بعضا من الجوانب المرتبطة برعاية أنفسهم، ومساعدتهم على التكيف مع أوضاعهم، واكسابهم مهارات حل المشكلات خاصة تلك المشكلات المرتبطة بأوضاعهم.

وتجتمع الجماعة لمدة (١٢) أسبوعا، بمعدل جلسة كل أسبوع، ومدة كل جلسة (٢) ساعتان، خلال الثمان(٨) جلسات الأولى ستركز الجماعة على التعامل مع الجوانب التي تم تحديدها كأهداف لهذه الجماعة والتي نلخصها في التالي:

١. المساندة.

٢. التعليم.

٣. التكيف.

٤. حل المشكلات.(العمري، ٢٠٠٦م،ص ٦٢).

أما الجلسات الأربع (٤) الأخيرة فستكون جلسات مفتوحة حيث تتاح لأعضاء الجماعة فرصة التحدث عن خبراتهم ومشاعرهم، وما حدث لهم خلال الفترة الماضية، ومدى استفادتهم من العمل الجماعي في حياتهم الواقعية، والتحدث عن الصعوبات التي واجهتهم، وتوفير المعلومات والتعليمات والمشورة التي يحتاج إليها أعضاء الجماعة.

عناصر المساندة:

من أساليب التدخل المقترحة في هذا الجانب التالي:

- التعبير عن المشاعر والخبرات والمواقف المسببة للضغوط في بيئة داعمة ومتفهمة.
- تفعيل وتعديل الخبرات المتشابهة.
- التأكيد على القدرات التكيفية لمواجهة المواقف المختلفة.
- التأكيد على أهمية رعاية النفس.
- توفير الدعم والتفهم خلال المواقف والخبرات الضاغطة والصعبة.
- زرع الأمل في المستقبل.
- تشجيع التعاون والدعم المتبادل بين الأعضاء داخل وخارج الجماعة.

عناصر التعلم:

تتلخص العناصر التعليمية التي ستركز عليها الجماعة خلال ٣٠ إلى ٤٠ دقيقة الأولى من كل جلسة في الجوانب التالية:

- الجلسة الأولى :تقديم عن طبيعة عمل جماعات المساندة.
- الجلسة الثانية :التركيز على الحالة الانفعالية ومشاعر أعضاء الجماعة.
- الجلسة الثالثة :التركيز على استجابات أعضاء الجماعة نحو أوضاعهم.
- الجلسة الرابعة :التركيز على كيفية رعاية أعضاء الجماعة لأنفسهم مع تحملهم مسؤولياتهم وأداء أدوارهم الاجتماعية المختلفة.
- الجلسة الخامسة :التركيز على أساليب وعمليات الاتصال بين أعضاء الجماعة وأفراد أسرهم وغيرهم من المحيطين بهم.(منصور،١٤٢٥هـ،ص٧٩)

- الجلسة السادسة :التركيز على الموارد والخدمات والبرامج المجتمعية.
- الجلسة السابعة :التركيز على الحاجات الطبية والنفسية والاجتماعية لأعضاء الجماعة.
- الجلسة الثامنة :التركيز على أساليب إدارة المنزل، وأساليب تعـديل البيئـة المحيطة.

عناصر التكيف :

من الأنشطة المقترحة لمساعدة أعضاء الجماعة للتكيف مع أوضاعهم التالي:

- الوعظ والإرشاد.
- التدرب على أساليب الاسترخاء.
- إعادة بناء الجانب العقلي المعرفي لأعضاء الجماعة.
- ملاحظة النفس.
- التوجيه الشخصي.(الصالح، ٢٠٠٧م، ص٤١-٤٢).

وسيعمد الأخصائي الاجتماعي(قائد الجماعة) إلى عرض مجموعة متنوعـة من أساليب التعامل مع الضغوط، وتشجيع أعضاء الجماعة لاستخدام هذه الأساليب والاستفادة منها خاصة تلك الأساليب التي تتفق مع حاجاتهم وظروفهم.

الجلسة الأولى :في الجلسة الأولى يركز القائد على الجوانب التالية:

- إشعار أعضاء الجماعة بأن اسـتجاباتهم للمـشكلات والـضغوط النفـسية والاجتماعية هي استجابات طبيعية ومألوفة.
- شرح مفهوم الضغوط، والاستجابات، والتكيف.
- مناقشة استجابات الأعضاء تجاه الضغوط وأساليب التكيف التي استخدموها للتعامل مع هذه الاستجابات.

الجلسة الثانية :وفي الجلسة الثانية سيركز القائد على الجوانب التكيفية التالية :

- مساعدة أعضاء الجماعة في تحديد وتصنيف انفعالاتهم واستجاباتهم التكيفية ودورهم في رعاية أنفسهم والمحيطين بهم.
- تحديد المواقف المسببة للضغوط.
- تشجيع وتعزيز المهارات التكيفية الإيجابية.

- تشجيع أعضاء الجماعة لتغيير مهاراتهم غير التكيفية.

الجلستين الثالثة والرابعة: يبدأ القائد باستخدام أسلوبين من أساليب الاسترخاء التي تهدف إلى مساعدة أعضاء الجماعة للتكيف والتعامل مع المواقف الضاغطة وهي:

١ -أسلوب التنفس العميق.

٢ -أسلوب الاسترخاء العضلي.

ويتدرب أعضاء الجماعة على هذين الأسلوبين أو التمرينين من خلال عرض أشرطة مسجلة وممارسة التمرين فعليا داخل الجماعة.

الجلسات من الخامسة وحتى الثامنة : تركز الجماعة في جلساتها الثلاث الأخيرة من الجزء الأول في العمل الجماعي على أساليب إعادة بناء الجانب العقلي المعرفي لأعضاء الجماعة وذلك من خلال التالي:

- مساعدة أعضاء الجماعة لاكتشاف الإشارات الأولى التي تدل على بداية ظهور الضغوط.
- استخدام هذه الإشارات كمدلولات للحاجة إلى سرعة التدخل والتعامل مع الموقف واستخدام أساليب تكيفية فاعلة.
- تعليم أعضاء الجماعة طريقة المناقشة الداخلية (التحدث مع النفس) للتخطيط وتحديد أساليب التكيف المناسبة لكل موقف.(العمري، ٢٠٠٦م، ص٩٦).

واجبات ومهارات مهنية للمسؤولين عن تنفيذ برامج الرعاية اللاحقة :

بداية ينبغي أن نفرق بين الواجبات والمهارات، فالواجبات هي الأعمال الأساسية والمبادئ الأولية المطلوبة من الأخصائي الاجتماعي، وتركها يعد خللا لا يمكن التغاضي عنه مثل: دراسة الحالة، والتشخيص، وتكوين علاقة مهنية مع العميل، والسرية ...إلخ، أما المهارة فنستطيع أن نعبر عنها بإتقان الشيء وحذقه وتأديته على الوجه المطلوب، فكأنه شئ زائد على الواجبات، أو بمعني أدق هي قدرة الأخصائي الاجتماعي على تطبيق المعلومات والمعارف والمبادئ المرتبطة بأساسيات مهنة الخدمة الاجتماعية وتطويع الإمكانات المتاحة فيما يحقق مصلحة الفرد أو الجماعة، ومما لا شك فيه أن الأخصائي المسؤول عن تنفيذ برامج الرعاية اللاحقة لا يختلف عن غيره من الأخصائيين الاجتماعيين في الأسس

العامة والواجبات التي ينبغي أن يلتزم بها كل أخصائي اجتماعي، إلا أن هناك اختلاف نوعى دقيق ينبغي أن يؤخذ بعين الاعتبار لاختلاف طبيعة الممارسة الاجتماعية للأخصائي ( الصادي، ١٤٠٨، ٥٤).

**تاسعاً : أبرز واجبات أخصائي الرعاية اللاحقة :**

١- البحث والدراسة والتشخيص: وتعد هذه من الخطوات الأولى للتعامل مع المفرج عنه، بل لا يتصور تحقيق برنامج للرعاية اللاحقة بدونها، وقد يكون هناك بحوث أو دراسات اجتماعية سابقة أجريت على المدمن المتعافي أو أبحاث تتبعية، فيلزم هنا مراجعة كل ما أعد عن المفرج عنه، وقد يحتاج الأمر إلى إعداد دراسة وبحث حالة جديدة عنه، لتحديث البيانات، والتعرف على ما استجد على الحالة خلال فترة إيداعه، يلي ذلك عملية التشخيص وهي تكوين رأى مبدئي، وتصور أولي لتحديد أفضل السبل لتنفيذ برنامج الرعاية اللاحقة للمفرج عنه ولن نخوض في تفاصيل وأسس إجراء الدراسة أو وسائلها من مقابلة وزيارة ميدانية... إلخ، إذ لها مجال آخر، ولابد من الإشارة إلى أنه يفضل أن تبدأ هذه الخطوات في المراحل الأولى لإيداع المفرج عنه، للتخطيط للبرامج التي ستنفذ للمفرج عنه مبكرا وتذليل الصعوبات التي يتوقع حدوثها.

٢- تكوين علاقة مهنية مع المفرج عنه: أو ما يسمي بالعلاقة العلاجية وهي ارتباط مؤقت بين الأخصائي والمفرج عنه، ومن أجمل ما قيل عن العلاقة المهنية وأهميتها أن العلاقة المهنية هي روح خدمة الفرد بينما تعتبر عمليات الدراسة والتشخيص والعلاج بمثابة الجسد، وينبغي أن تكون هذه العلاقة تجمع بين العاطفة من جانب والعقل من جانب آخر بحيث لا يطغي جانب على جانب، ولا يمكن أن تبني هذه العلاقة بسهولة إلا للأخصائي المتمرس، الذي يعرف كيف يسبر أغوار نفسية مقابلة مستندا في ذلك على دراسته المسبقة للحالة من خلال الأبحاث المعدة سابقا عن المفرج عنه، إضافة إلى إظهار الاهتمام من قبل الأخصائي بالمدمن المتعافي ويمكن جعل تلك العلاقة المهنية مصدر أمن للمفرج عنه في ظل الظروف التي يواجهها في المجتمع بعد خروجه من المؤسسة الإيداعية، وبالتالي ينبغي للأخصائي الاستفادة من ذلك الشعور لدي المدمن المتعافي في تغيير العديد

من اتجاهاته السلبية تجاه نفسه ومجتمعه لتعديل سلوكه، كما أن العلاقة المهنية تلك تساعد المدمن المتعافي على التنفيس الوجداني من خلال الأمن الذي تحصل عليه منها، ولا يخفى ما في التنفيس الوجداني من ترويح عن نفسه وتحرير لهـا مـن الضغوط الداخلية،كما تساعد العلاقة المهنية الجيدة على إنجاح بـرامج الرعايـة اللاحقة للمفرج عنه، وهذا يتأتى باستغلال تلك العلاقة لتبصير المـدمن المتعـافي بواقعه ونفسه ومجتمعه وقدراته، أما أبرز المظاهر التي تؤكد وجود علاقة مهنيـة جيدة فهي الشعور بالارتياح المتبادل بين الأخصائي والمفرج عنه، والثقة المتبادلة، واختفاء أساليب المقاومة من المدمن المتعافي مثل التضليل، الصمت، والتهرب من الكلام أو الكذب أو التأخر عن المواعيد، ولابد من الإشارة إلى أن هناك عدد مـن العوامل تكون معوقة لوجود العلاقة المهنية الجيدة وبعضها عائد للأخصائي نفسه، وبعضها للمفرج عنه، وبعضها للمؤسسة التي يتبعها الأخصائي(غبـارى، ١٩٨٣، ص:١٠٢).

٣- التسجيل: ويقصد بالتسجيل تدوين المعلومات وحفظها بطريقة يسهل الرجـوع إليها والاستفادة منها وتتضح أهمية التسجيل بالنظر إلى حجم الأعمـال المناطـة بأخصائي الرعاية اللاحقة وتعقد شبكات مصادر المعلومات عن المفـرج عـنهم وكثرتهم واستمرارية رعايته لهم لفترة قد تطـول فـي الغالـب لحـين ضـمان استقرارهم، ونستطيع أن نجمل فوائد التسجيل في عدم نسيان المعلومات، ويساعد على ترتيب العمل وتنظيمه، كما يساعد على نمو الأخصائي مهنيا، وعدم حـدوث ضرر كبير عند تحويل الحالة إلى أخصائي آخر. ويوجد غيرها من الفوائد التـي تعود لأطراف عدة وليس للعميل فقط وأيا كانت طريقة التـسجيل، سـواء كانـت بالطريقة القصصية أو التلخيصية أو الموضوعية فلكل طريقة مزايا وعيـوب، إلا أن المهم هو التسجيل وتقييد المعلومات للرجوع إليها حين الحاجـة، وينبغـي أن تراعي الدقة والأمانة والوضوح في التسجيل، إضـافة إلـى تـصوير الأجـواء السيكولوجية والانفعالية، مع تجنب العبارات الغامضة التي تحتمل أكثر من تأويل، والحرص على تدعيم التسجيل بالمستندات والأوراق كلما أمكن ذلك.

٤- التفريد: لكل حالة نوع خاص من المعاملة، فنجاح برنامج مـا مـع إحـدى

الحالات لا يعني نجاحه مع كل الحالات حتى وإن تشابهت الظـروف والمـشكلة ولعل ما يسبب فشل كثير من حالات الرعاية اللاحقة هو تطبيق البرنامج الواحـد مع كل حالة يشرف عليها أخصائي الرعاية اللاحقة، فكل إنسان فريد فـي نوعـه ويحتاج إلى أن يعامل بطريقة تختلف عن أي إنسان آخر، فقد تكون المشكلة واحدة وتختلف مسبباتها وردود فعل الأشخاص تجاهها. فالحدث صغير السن يحتاج إلى رعاية خاصة بعد الإفراج عنه يركز فيها على الدراسة بالدرجة الأولى، فلقد أثبتت العديد من الدراسات أن العود للانحراف يرتبط طرديا مع تدني المستوي التعليمي للعائد للإجرام، أما كبير السن من المفرج عنهم فيحتاج إلى رعاية خاصة تختلـف عن الرعاية اللاحقة المقدمة للحدث، فأبرز ما يحتاج إليه هو العمل وتدبير مصدر رزق له يعول به نفسه وأسرته، في حين أن المرأة المفرج عنها تحتاج إلى نـوع آخر من الرعاية اللاحقة، ولعل أبرز ما ينفعها في هذا الصدد هـو تزويجهـا أو البحث لها عن عمل يسد رمقها إن كانت مشكلتها اقتصادية، فلقد ذكر الـشهراني في دراسته الميدانية عن عوامل العود للجريمة أن هناك علاقة طردية بين العـود للجريمة وعدم زواج العائد، وبالجملة فتقديم الرعاية اللاحقة يحتاج إلى تفريد ليس مع كل فئة فحسب، بل في داخل الفئة نفسها، وتختلف باختلاف الظروف البيئيـة والأسرية والاجتماعية ( الجهني، ١٤١٥، ص: ٩١).

٥- تحديد الهدف بشكل واقعي وعملي: ينبغي تحديد هدف واضح وعملي لبرنامج الرعاية اللاحقة ووفق خطوات عملية محددة مقننة ويجب أن يكون ذلـك الهـدف قابلا للتحقيق والوصول إليه فعلا، وهـذا لا يـتم إلا بـالنظرة الواقعيـة لجميـع المتغيرات في عملية الرعاية اللاحقة والبرنامج الذي سيقدم للمفرج عنـه، وهـذا يعني الابتعاد عن المثالية في رسم وتحديد الأهداف حتى لا نـصل إلـى درجـة الفشل، ومن ثم الإحباط حينما نعجز عن الوصول إلى هدفنا الذي حددنا في بدايـة البرنامج، فالرعاية اللاحقة لابد أن يقتصر هدفها حول تحقيق الممكن في واقعية لا تحلق في سماء الخيال، وتشير بعض الدراسات إلى أن كثيرا من حالات العـودة للانحراف بعد الإفراج ارتبطت بعدم تحديد أهداف عملية وواقعية.

٦- البدء مع المدمن المتعافي من حيث هو: وذلك من حيث اهتماماتـه وطاقاتـه

وقدراته ونظرته لواقعه وكيفية تجاوزه، فينبغي أن يكون المنطلق في فعاليات برنامج الرعاية اللاحقة بؤرة اهتمام المدمن المتعافي بقدر الإمكان وعدم تجاهله، وفي الوقت نفسه عدم انسياق الأخصائي مع المدمن المتعافي في تصوراته التي قد تكون خاطئة أو مثالية، وهذا مبدأ أساسي من مبادئ الخدمة الاجتماعية يحوط كل الواجبات السابقة، وهو مبدأ السرية فهو مفتاح ثقة الحالة فضلا عن أنه ركن أساسي في أخلاقيات المهنة، إضافة إلى أن المحافظة عليها مدعاة لثقة العميل في الأخصائي الاجتماعي، وبالتالي كشف كل ما لديه، ولا يتحمل الأخصائي وحده مهمة المحافظة على سرية ما يحصل عليه من معلومات، بل إن المؤسسة التي يتبع لها مطالبة بتهيئة الوسائل المناسبة لحفظ المعلومات، والتأكد من أمنها، وعدم تمكن الآخرين من الوصول إليها ( جلبي، ١٩٧٣، ص٨٨).

**عاشراً : أبرز مهارات أخصائي الرعاية اللاحقة :**

المهارة شيئا زائد على الواجب ويتفاوت الأخصائيون الاجتماعيون في امتلاك هذه المهارات والاستفادة منها، إلا أنه من المؤكد أنه بين امتلاك هذه المهارات ونجاح برامج الرعاية اللاحقة علاقة طردية، فكلما زادت قدرة الأخصائي الاجتماعي على الاستفادة من المهارات التي يمتلكها زاد نجاحه في رعاية الحالات التي يكلف بتقديم برامج رعاية لاحقة لها، بل يمكننا أن نقيس قدرة الأخصائي الاجتماعي من خلال تمكنه من الاستفادة من هذه المهارات، ولابد من الإشارة إلى تنوع تلك المهارات فهناك المهارات الإدراكية والمهارات العلاقية والمهارات التأثيرية، وهي تكمل بعضها البعض وتتفاوت قدرة الأخصائيين، كذلك في امتلاكها، أما أبرز هذه المهارات فهي كالتالي :

١- القدرة على تحديد الوسيلة المناسبة للرعاية اللاحقة: تتعدد وسائل الرعاية اللاحقة للمفرج عنهم فهناك الزيارات التتبعية، وهناك التأمين الاقتصادي للمفرج، أو التأمين النفسي، والتأمين الاجتماعي، والتأمين التعليمي، فكل حالة من حالات المفرج عنهم تحتاج إلى وسيلة خاصة تختلف عن الأخرى، وقد يحتاج المدمن المتعافي إلى أكثر من وسيلة من الوسائل المذكورة آنفا، وقد يحتاج لها كلها، ومن هنا فالأخصائي الماهر هو الذي يستطيع أن يحدد الوسيلة المناسبة بحسب أولويتها

وأهميتها حفظا لوقته ولجهده فضلا عن نجاح برنامج الرعاية اللاحقة للمفرج عنه، وتحقيق الهدف النهائي، فمن الخطأ أن يسعى الأخصائي في وسيلة ما من الوسائل السابقة والمدمن المتعافي يحتاج إلى غيرها، ولا شك أن تحديد الوسيلة المناسبة لا يتأتى إلا بما ذكر من واجبات وعلى رأسها البحث والدراسة والتشخيص إضـافة لبقية المهارات .(منصور، ١٤٢٥هـ، ص ص :٥٥-٥٨).

٢- القدرة على اكتشاف واستغلال الإمكانـات والمـوارد المتاحـة فـي البيئـة والمجتمع: يزخر أي مجتمع بالعديد من الإمكانات والقدرات ولا تخلو أية بيئة من طاقات ووسائل تعين على إنجاح برنامج الرعاية اللاحقـة للمفـرج عنـه فمـن الإمكانات التي تساعد على تقديم برامج الرعاية اللاحقة للمفرج عنهم أو لأسـرهم ما يلي :

- فرص العمل في القطاعين الحكومي والأهلي.
- المدارس العامة الحكومية والأهلية.
- المعاهد العلمية والتدريبية والمهنية والفنية.
- الجمعيات الخيرية التي تقدم المساعدات المالية والعينية.
- مكاتب العمل والضمان الاجتماعي.
- حلقات تحفيظ القرآن الكريم وأئمة المساجد.
- المراكز الصيفية ومراكز النشاط للأحداث.
- المرشدين الطلابيين بالمدارس للأحداث.
- جمعيات مساعدة راغبي الزواج للنساء خاصة.
- رفقة صالحة في المحيط القريب من المدمن المتعافي.

وغيرها كثير من الإمكانات المتاحة في المجتمع والتي تحتاج إلى أخصائي يستطيع اكتشاف تلك الإمكانات المبثوثة في المجتمع، وليس هذا فحسب، بل القدرة على استغلالها والاستفادة منها وتكوين علاقات اجتماعية مع المباشرين لها ليتمكن من تطويعها لخدمة برنامج الرعاية اللاحقة الذي يقوم به وهذا يعنى أن أخـصائي الرعاية اللاحقة عليه أن يبذل جهد أكبر مما يقوم به الأخـصائيين الاجتمـاعيين الآخرين، وعليه نستطيع القول أن الأخصائي الذي لا يستطيع اكتشاف الإمكانـات

المتاحة في المجتمع ثم استغلالها الاستغلال الأمثل، لا شك أن ذلك سيؤثر علـى عطائه وقدرته في رعاية من يحال له من المفرجين عنهم، وإعداد وتخطيط وتقديم برنامج متكامل لهم يضمن لهم الاستقرار، وعدم العودة للانحـراف (عبدالـصمد، ١٤٠٨، ص: ١٢٥).

٣- القدرة على تنشيط الجانب الإيماني لدي المفرج عنهم: مهما يكن مـن أمـر الجوانب المادية في حياة الإنسان إلا أننا لا يمكن أن نغفل الجوانب الروحية لديه، وبخاصة هذه الفئة، التي تتطلب قدرا أكبر من الاستعداد النفسي والروحي لتلقـي صدمة الإفراج، ولا شك أن تنشيط ذلك الجانب لدي المدمن المتعافي لـه الأثـر الكبير في استقرار المدمن المتعافي نفسيا وبالتالي نجاح برنامج الرعاية اللاحقـة في الغالب، ولقد أثبتت الدراسات والبحوث بأن الاهتمـام بالاحتياجـات الماديـة للإنسان دون غيرها لا يؤثر إلا ثانويا على إعادة تأهيله، وأن الأساس هو الاهتمام بالاحتياجات الروحية وهي مهمة للإنسان أكثر من أي شـئ آخـر. وفـي هـذا الخصوص يحسن الإشارة إلى أن العالم الفرنسي دور كهايم قد وجد أن معـدلات الانتحار أقل انتشارا بين الأفراد المتدينين وأكثر انتشارا بين الجماعات التي يقـل فيها الوازع الديني، ولقد أثبتت العديد من الدراسات ضعف مستوي التـدين لـدي المنحرفين والعائدين منهم بشكل أخص، الأمر الذي يؤكد على أهمية تقوية الجانب الإيماني لدي المفرج عنهم، فالتركيز على الجانب الإيماني لدي المدمن المتعافي و إحياء مبدأ التوبة في نفس المدمن المتعافي يؤدى إلى رجوع الإنسان إلـى ربـه وإيجاد قيم إيجابية تؤدي إلى ضمير حي ورقابة ذاتية تعينه على عـدم الانتكـاس والعودة للانحراف، إلا أنه يلزم التأكيد أن الأخصائي الماهر هو الـذي يـستطيع اكتشاف مواطن الخير في نفس المفرج عنه، والعمل على تكميل نواقصها وتنشيط ضعيفها ودعم قويها، ولا يخفى أن من العوامل الأساسية فـي تنـشيط الجوانـب الإيمانيـة امتثال القدوة الحسنة من قبل الأخصائي الاجتمـاعي المنفـذ لبرنـامج الرعاية اللاحقة، ففاقد الشيء لا يعطيه ( الحناكي، ١٤٠٦، ص: ١٦٦).

٤- القدرة على تحقيق أكبر قدر من التواصل بين السجين والبيئة الخارجية: غالبا ما يعيش المسجون في حالة نفسية سيئة نتيجة لانعزاله عن مجتمعـه الخـارجي

وتنعكس تلك الحالة النفسية بآثارها على إمكانات السجين النفسية والبدنيـة ممـا يؤدى إلى عدم استفادة السجين من كثير من البرامج المقدمة داخل السجن، وهـذا يؤكد ضرورة وجود قدر كبير من التواصل بين الـسجين ومجتمعـه الخـارجي لتحقيق الاستقرار النفسي للسجين وليتفاعل مع البرامج التأهيلية داخـل الـسجن، بالإضافة إلى تهيئة السجين للعيش خارج مجتمع السجن بتعريفه بما يحدث واستجد خارج السجن، وتتعدد وسائل التواصل بين السجين والبيئة الخارجيـة وأبرزهـا الإطلاع على وسائل الإعلام، التراسل البريدي، الزيارات داخل الـسجن، نظـام الإجازات التي بموجبها يحصل السجين على إجازة لمدة يوم واحد يقضيه خـارج السجن وبين ذويه وهذا يتم في الفترة الأخيرة من مدة محكوميته، وتبرز مهـارة الأخصائي في قدرته على الاستفادة من جميع هذه الوسائل لتحقيق أكبر قدر فـي ربط السجين قبل إفراجه بمجتمعه الخارجي تخفيفا لما يسمي بصدمة الإفراج.

٥- مراعاة خصوصيات المجتمع الذي تمارس فيه عملية الرعاية اللاحقة: تتفاوت طبيعة كل مجتمع من المجتمعات المحلية وفق ما يحكمـه مـن عـادات وتقاليـد خاصة، ويصعب في كثير من الأحيان تجاوز تلك العادات أو التقاليـد لرسـوخها وطول العهد بها. لذا يلزم الأخصائي اكتشاف تلك العادات والتقاليد الـسائدة فـي المجتمع الذي يعمل فيه، والتعرف عليها أولا ثم محاولة التعامل معها بما يحقـق عدم مصادمتها، وفي الوقت نفسه نجاح البرنامج المقدم للمفرج عنه.

٦- البدء مع المدمن المتعافي قبل فترة كافية من الإفراج عنه: سـبق القـول أن هناك من يرى أن الرعاية اللاحقة ينبغي أن تكون بعد صدور الحكم بحيث تسمي الرعاية اللاحقة لصدور الحكم، وليس للإفراج كما سبق عند الحديث عن الجهـة المنفذة لبرنامج الرعاية اللاحقة، وهل تكون نفس المؤسسة العقابية، أم جهة أخرى وأيا كانت الجهة فمن المهم أن يبدأ معه قبل فترة كافية من الإفراج عنـه، وذلـك بتهيئته أولا ثم أسرته لأحداث التقبل بينهما ثم البدء بالخطوات الأولى لتنفيذ برنامج الرعاية اللاحقة والذي سبق أن تم التخطيط له وحددت ملامحه الأساسية. ولا شك أن الأخصائي الماهر هو المبادر للتعامل مع المدمن المتعافي قبل فترة كافية مـن خروجه، وتتحدد تلك الفترة وفق الدراسة المعدة عن المفرج عنه، وفي ضوء المدة

التي أمضاها في المؤسسة العقابية، وكلما كانت مدة البقاء في المؤسـسة طويلـة كانت الحاجة إلى فترة أطول للعمل على تهيئة المدمن المتعـافي قبـل خروجـه، ونستطيع أن نقول أن هناك علاقة طردية بين مدة الحكم والفترة اللازمة لتهيئتـه للخروج وتقديم برنامج الرعاية اللاحقة ( غبارى، ١٤٠٢، ص:١١).

٧- المرونة في تنفيذ برامج الرعاية اللاحقة: لا شـك أن أي برنـامج للرعايـة اللاحقة قد تواجهه بعض العقبات التي قد تعيقه أو تؤخره أو حتى تعطله بالكامل، ومن هنا تبرز مهارة الأخصائي المنفذ لبرنامج الرعاية اللاحقة للتعامل مع ذلـك الموقف الذي قد يعيق البرنامج وتجاوز تلك العقبات أو تخفيفهـا، وإذا اسـتدعى الأمر تغيير البرنامج بكامله، وذلك بوضع خطط وبرامج بديلـة ورديفـة، ومـن المؤكد أن التخطيط المبكر والمحكم لبرنامج الرعاية اللاحقة يقلل من فرصة فشله أو تأخره، وبخاصة إذا روعي فيه جانب المرونة وطرح البدائل المناسبة في حالة حدوث عائق ما، مع ملاحظة أن ما لا يدرك كله لا يترك جله .

٨- القدرة على ترتيب أولويات الخدمات التي يحتاجها المفـرج عنـه: تتفـاوت احتياجات المفرج عنهم من حيث الأهمية والأولوية، فقد نجد بعض المفرج عـنهم من يكون بحاجة ماسة إلى مورد مادي عاجل وتقديم بعض المساعدات له - وهذا الغالب - فهنا ينبغي أن يسعى الأخصائي الاجتماعي في تدبير بعض المـساعدات النقدية والعينية من الجمعيات الخيرية وغيرها من الجهات قبل أن يسعى لـه فـي البحث عن عمل مثلا بالرغم من تداخل هذين البرنامجين، إلا أن أحـدهما مقـدم على الآخر ولا شك، وكذلك الحال بالنسبة للحدث قد يكون من الأهميـة بمكـان السعي لتسجيله في مدرسة خارجية كخطوة أولى قبل إخراجـه مـن المؤسـسة الإصلاحية، وهذا البرنامج مقدم على تدبير مساعدات مالية من حيث الاحتياج في الغالب، إذ الحدث سيعود لأسرته، والمساعدة المادية ينبغي أن تكون لأسرته خلال وجود الحدث في المؤسسة الإصلاحية في حالة احتياجها لذلك. وهكذا تتفاوت تلك الاحتياجات من حيث الأولوية والأهمية بتفاوت المفرج عنهم، واختلاف ظـروف كل حالة على حدة.

٩- القدرة على اكتشاف استقرار المدمن المتعافي والتأكـد مـن ذلـك: أن دور

أخصائي الرعاية اللاحقة لا ينتهي بإعداد خطة الرعاية للمفرج عنه، ومتابعة تنفيذ تلك البرامج، بل لابد من العمل على التأكد من أن تلك البرامج تـؤدى الغـرض المطلوب منها، إلا أنه ينبغي ملاحظة أن المدمن المتعافي قد يصل إلـى مرحلـة يتظاهر فيها بالاستقرار، وأن جميع أموره قد تم ترتيبهـا، وكـل ذلـك محاولـة للتخلص من متابعة الجهات الرسمية له والمتمثلة في أخصائي الرعاية اللاحقة، إذ يرتبط في ذهن المدمن المتعافي من الذكور أو الإناث أن الـتخلص مـن متابعـة أخصائي الرعاية اللاحقة إنما يكون بإظهار الاستقرار مما يجعله يدعى الاستقرار واستقامة جميع أموره، وهنا تظهر مهارة أخصائي الرعاية اللاحقة في اكتـشاف حقيقة هذا الادعاء، ويمكنه ذلك من شواهد الحال وممارسات المدمن المتعافي في حياته اليومية.(السعيد،١٤١٢هـ، ص: ١٣٦).

**الحادي عشر : الوقاية والعلاج :**

أ- الوقاية الأولية :

وهي منع الأبناء من الوقوع في الإدمان، وهذا يبدأ في سن مبكرة، ويرتكز على محورين، الأول: محور العلاقة القوية والنقاش الهادئ المفتوح مع الأبنـاء، وتعويدهم على هذا في سن مبكرة، وإعطائهم الفرصة دائما للحديث عن أحـوالهم وأصدقائهم. والثاني: أن يكون الوالدان مستمعين جيدين، لا يرهب الابن فـي أي عمر من التحدث معهما أو الاستفسار منهما والرجوع إليهما في كل ما يعرض له من مشاكل. وهذا هو صمام الأمان للأبناء منذ السنوات الأولى من الحياة. وبعـد ذلك في مراحل الطفولة والمراهقة المختلفة، وحتى بعد سن الثامنة عشر فلا بد أن تبقى هذه القنوات من الاتصال مفتوحة، وأن يكون الوالدان والأبناء فـي حـوار هادئ دافئ بناء ودائم. وفي حالة تحدث الابن أو الابنة عن موضوع شائك مثـل أنه رأى صديقًا يدخن سيجارة حشيش أو سمع عن شباب يتعاطون الهيـروين، أو يشربون الكحول، فلا بد من مناقشة الموضوع دون تشنج وأوامر بعدم الاخـتلاط والحديث مع هذا وذاك، حتى لا يصدم الابن برد فعل العائلة مما يؤدي بـه إلـى تحاشي الحديث إليهم، وهذا ما يزيد من فرصة وقوعه في الخطـأ والانحـراف،

ولذاك فإن طرح المواضيع ومناقشتها وإعطـاء الـرأي والمـشورة والنـصيحة (الهادئة) فهذا هو الأفضل. وإذا شعر الوالدان بضرورة الاستعانة بالمراجع العلمية والكتب وشبكة الإنترنت فلا داعي للتردد ( السعيد، ١٤١٢، ص:٨٤).

ب- الوقاية الثانوية :

ونعني بها قدرة الأهل على اكتشاف الإدمان فـي وقـت مبكـر قبـل أن تستعصي المشكلة، وهذا يعني الاهتمام بأي تغير يطـرأ علـى سـلوك وصـحة وتصرفات المراهق، مثل: زيادة الصرف مـن النقـود دون مبـرر واضـح، أو الانعزال في الغرفة على غير عادة، والتكتم على بعـض الأوراق والحاجيـات، والاتصالات التليفونية الهامسة السرية، والتأخير غير المعهود خـارج المنـزل، بالإضافة لملاحظة الاختلاف في صحة الشاب. فالشحوب والـسرحان والنحـول ونقص الوزن كلها من مظاهر الإدمان المعروفة. وقد يجد الأهل بعض المواد أو الحبوب الغريبة في حوزة الابن، أو ورق القصدير الذي ليس من العادة الاحتفـاظ به في غرفة النوم أو الحمام وأحيانًا محاقن (سرنجات) مستعملة أو غير مستعملة، مع وجود شمع وأشياء أخرى ترتبط بالتعاطي. ولا يجوز إغفالهـا، وفـي حالـة حدوث اشتباه في أي من هذه الأمور فإن رد الفعل يجب أن يكون هادئًـا حنونًـا، نعرض فيه خدماتنا على الابن، ونشرح له أن وقوعه في مشكلة ليس نهاية العـالم إذا هو قرر حلها، وإذا كان هناك نية قوية مع اعتراف بالمـشكلة فـلا بـد مـن استشارة أهل الاختصاص وعدم التعامل مع الموضـوع دون خبـرة ودرايـة أو التصرف بأسلوب خاطئ مثل حجز الابن في البيت ومحاصرته. مما قـد يـؤدي لدخوله في أعراض انسحابية قاتلة، أو محاولة منع التعـاطي بأسـلوب بوليـسي شرطي شديد قد يعطي نتائج سلبية أكثر من حله للمشكلة. فمهما بلغ الوالدان مـن الثقافة فلا بد لهما أن يستمعا لما يقوله الخبراء. وهم في الإدمان الأطباء النفسيون تحديدا. لأن خطة العلاج وسحب المخدر وعودة الشاب لحياته الطبيعية لا بـد أن تكون ضمن خطة علاجية متخصصة يتعاون فيها الشاب وعائلتـه مـع الفريـق المعالج ( سويف وآخرون، ١٩٨٨، ص: ١٠٧).

ج- الوقاية الثلاثية :

بعد انتهاء فترة العلاج والتي غالبا ما تكون في مركز طبي متخصص. فإن دور الوالدين يكون في المساهمة في منع الانتكاس والعودة للتعاطي، وهذا لا يكون بإصدار لائحة تعليمات بالممنوعات، مثل: منع المصروف ومنع الخروج ومنع استعمال الهاتف وغيرها من الممنوعات، لأن المدمن قادر على الحصول على المخدر رغم كل هذه القوائم والممنوعات، والسبيل الوحيد هو في التعاون مع الطبيب المعالج، في الأسلوب الأفضل، وهو غالبا الاتفاق على تغيير نمط الحياة، وأسلوب الصداقة والعلاقات، وإعادة الحوار العائلي الذي يكون قد انقطع والتخفيف من مظاهر الغضب والعدوانية في العلاقة مع هذا الابن الذي خيب الظن، وعدم الاستمرار في توجيه أصابع الاتهام له، لأن هذه العوامل تكون كفيلة في مساندة المدمن من الخروج من مأزق الإدمان أو العودة إليه، خصوصا إذا كان متهما على كل الأحوال ويتضح من المستويات الثلاثة المذكورة أن حماية الشباب المراهقين من الإدمان، ومساعدة من وقع منهم في الإدمان في الخروج منه والاستمرار في الامتناع بعد ذلك هي تسلسل علمي دقيق. آملاً ألا يحتاج الوالدان إلا للمستوى الأول منه ولا بد من التأكيد على أن الحياة الصحية المتوازنة هي واقية من المخدرات وغيرها من الانحرافات كما أن الرياضة والإيمان والتردد على بيوت الله والعبادات، وزرع الوازع والضمير منذ الصغر، وتدريب الأبناء على النهج الأسري المتعاون وإضفاء جو من المحبة والمودة والاحترام، يجعل الأسرة قوية قادرة على تربية الأبناء في مجتمع متغير وكثير المشاكل، وعصر يتطلع فيه الجميع للاستفادة من منجزاته وتجنب مصائبه، كما ويتم توفير العلاج المتكامل والطبي والنفسي والاجتماعي وهو الشيء المطلوب بالنسبة للمدمنين ويجب على الدولة بمقتضى الاتفاقيات الدولية التي هي طرف فيها وليس منه ومن ثم فأي محاولة للتنصل منه من شأنها أن تسيء إلى الدولة في المحافل الدولية بأشكال مختلفة وعلى مستويات مختلفة ويلاحظ أن هذه الاتفاقيات الدولية لم تطلب أبداً أن تغير الدولة فلسفتها الأساسية في هذا الصدد فإذا كانت الفلسفة العقابية

فليكن ويظل على الدولة أن توفر أسباب العلاج جنباً إلـى جنـب مـع أسـباب العقاب(بدر، ١٩٨٥، ص:١١٠).

العلاج الطبيعي: الخطوة الأولى في طريق العلاج هي خطوة ذات طبيعة إسعافية تمهيدية للدخول في مرحلة العلاج المتكامل وهى تنقسم إلى ثلاثة مراحل:

- الإجراءات ذات طبيعة إسعافية : وهى إجراءات تتخذ فـي مواجهـة بعـض الحالات التي قد تتعرض لما يسمى بحالات التسمم المرضية الحادة فقد تنتـاب الشخص نوبة عنف واضح فيهاجم بعض الأشخاص القريبين منـه أو يحـاول إتلاف بعض الأثاث أو الممتلكات المادية وذلك على أثر تعاطي جرعـة مـن الكحوليات أو المثبطات أو من المهلوسات وتحدث هذه النوبات للإفـراط فـي الجرعة أو لحداثة عهد المتعاطي بالتعاطي أو لمروره حديثاً بأزمـة وجدانيـة شديدة الوطأة وفى هذه الحالة لابد أن يتناوله بالرعاية طاقم طبي مدرب يقـوم بطمأنته وفي الوقت نفسه بالحيلولة بينه وبين أن يؤذى نفسه أو الغير وربمـا اضطر إلى أن يستخدم لهذا الغرض بعض التدخل الدوائي، كذلك قد تتعـرض بعض الحالات بشكل مفاجيء أيضاً لما يسمى بأعراض الذهان العصبي فتظهر لدى الشخص بعض أنواع الخداع الحسي كما قـد تظهـر بعـض الهـلاوس والضلالات وفى هذه الحالات قد يحتاج الطبيب إلى قدر محدود مـن التـدخل الدوائي.
- إجراءات تطهير البدن : ويطلق عليها أحياناً سحب المخدر وهـي إجـراءات تتوقف من ناحية على نوع المخدر ومن ناحية أخرى على المعالج في تطبيقها فقد تتخذ الخطة شكل سحب المخدر سحباً بطيئاً متدرجاً وفى هـذه الحالـة لا يحتاج المعالج المشرف على العملية إلى أي تدخل دوائـي ويكتفـي بإرشـاد المتعاطي خطوة بخطوة مع طمأنته وتشجيعه وتتراوح المدة التي تنتهي منهـا من أربعة أيام حتى سبعة أيام في حالة المواد ذات الفاعليـة قـصيرة المـدى كالهيروين، ١٠ أيام في حالة المواد ذات الفاعلية طويلة المدى كالأفيون فقـد تطول من عشرة أيام إلى ستة أسابيع.

- إجراءات علاج المضاعفات الطبية للتعاطي : وهـي مجموعـة الإجـراءات الطبية التي لابد من القيام بها في مواجهة بعض المضاعفات الـصحية التـي يعانى منها كثير من المدمنين دون أن تكون من الآثار المترتبة مباشرة علـى تعاطي هذه المادة أو من تلك المواد الإدمانية. كسوء التغذية فانتـشار سـوء التغذية بين المدمنين ظاهرة ملحوظة لأسباب متعـددة أوضـحها أن بعـض المدمنين يصل به الأمر أحياناً إلى ضرورة المفاضـلة بـين إنفـاق المبـالغ المحدودة التي في حوزته على المخدر أو على الطعام والغالبية أن ترجح كفة المخدر وهناك مضاعفات مرتبطة بطرق التعاطي كأن يكون التعـاطي عـن طريق التدخين فلهذه الطرق جميعاً مضاعفاتها الطبية التي كثيراً مـا تواجـه الطبيب المعالج وعليه أن يعنى بإبراء مريضه منها إلى جانـب الإجـراءات الإسعافية وإجراءات تطهير البدن ( شوقي، ١٩٨٥، ص:٥١).

العلاج المتكامل : يتألف العلاج المتكامل من ثلاثة مكونات أساسية هما :

أ- المكون الطبي : يقوم المكون الطبي على أحد مبدأين رئيـسيين : همـا مبـدأ الفطام التدريجي للمدمن من المخدر الذي أدمنه . ومبدأ سد القنوات العصبية التي يسلكها المخدر داخل جسم المدمن للتأثير على سلوكياته وللطبيب المعالج أن يختار أحد المبدأين بناء على اعتبارات متعددة تختلف من حالة لأخرى.

الطريق الأول : وهو طريق الفطام التدريجي فإنه ينتقي للقيام بهذه المهمة مخدراً أضعف بكثير من المخدر الذي أدمنته الحالة ولكن من الفـصيلة نفـسها ويتـولى الإشراف على إعطاؤه للحالة بدلاً من المخدر الأصلي بجرعات وعلـى فتـرات محددة وعلى أن يتم تخفيض الجرعة وإطالة الفترات بين الجرعات تدريجياً حتى ينتهي الأمر غالباً إلى فطام كامل للحالة، والشائع بين الأطباء في كثير مـن دول العالم أنهم يختارون عقار الميثادون لأداء مهمة الفطام التدريجي بالنسبة لمـدمني الأفيون ومشتقاته بما في ذلك الهيروين وذلك على أساس أن الميثادون نفسه هـو أحد مشتقات الأفيون ولكن قوته على إحداث الإدمان أضعف بكثير من الهيـروين والمورفين والأفيون.

الطريق الثاني : طريق سد القنوات العصبية فإن ينتقى لذلك عقـار مثـل عقـار النالتركسون يتولى الإشراف على إعطاؤه للحالة بجرعات محددة وعلـى فتـرات محددة ويتلخص تأثير النالتركسون في سد المستقبلات العصبية المعدة أساساً فـي مخ المدمن لاستقبال الأفيون أو مشتقاته ثم توزيع آثارها العصبية الـسلوكية فـي جسم المدمن ومعنى ذلك أن المدمن الذي يتناول النالتركسون لن يتأثر بالأفيون أو أي من مشتقاته إذا تعاطاه مادام تأثير النالتركسون قائماً ويستمر الطبيب في إعطاء هذا العقار حسب نظام محدد ولفترة محدودة حتى ينتهي الأمر بالمـدمن إلـى أن يعود بجسمه إلى حالة التوازن الفسيولوجي دون حاجة إلـى وجـود الأفيـون أو مشتقاته ويصحب ذلك انتهاء اللهفة إلى المخدر (عبد الكريم، ١٩٩٠، ص:١١٣).

ب – المكون النفسي : توجد أساليب متعددة للعلاج النفسي لحالات الإدمان علـى اختلاف أنواعها ومن أشهر العلاجات النفسية الحديثة فـي الميـدان مـا يعـرف بمجموعة العلاجات السلوكية للإدمان وهذا العلاج النفسي يستلزم درجة عالية من التعاون بين المدمن والمعالج مع قدر من الإجراءات العلاجية المعقـدة ومواظبـة ومثابرة على تلقي هذا الإجراء لفترة زمنية تصل إلى عدة شـهور تتبعهـا فتـرة أخرى وبها المتابعة قد تمتد بضع سنوات بهدف التقويم الدوري والتدخل من حين لآخر للصياغة والانعكاسات المحتملة، ومن طرق العلاج السلوكي المشهورة فـي هذا الصدد طريقة بودن ويستغرق اجتياز هذا العلاج بضعة شهور ويمكن تطبيقه على مدمنين محتجزين داخل المصحات كما يمكن تطبيقه على أساس نظام العيادة الخارجية وهو ما يشهد بمرونته ومن ثم يعظم من فائدته.

ج – إعادة التأهيل (الرعاية اللاحقة) وتنقسم الرعاية اللاحقة إلى قسمين :

أ – إعادة التأهيل

ب – إعادة الاستيعاب الاجتماعي

وفى مجال علاج التعاطي والإدمان يستخدم مصطلح "إعادة التأهيل" ليضم ما يوصف بأنه إعادة التأهيل المهني والاجتماعي وأحياناً يقتصر فـي اسـتخدامه على الإشارة إلى مجال محدود هو إعادة التأهيل المهني وفي هذه الحالـة يتـرك المجال الاجتماعي ليندرج تحت مصطلح خاص به هو إعادة الاستيعاب الاجتماعي

إعادة التأهيل المهني المقصود هنا هو العودة بالمدمن الناقه (مرحلة النقاهـة مـن إدمانه) إلى مستوى مقبول في الأداء المهني سواء كان ذلك في إطار مهنته التـي كان يمتهنها قبل الإدمان أو في إطار مهني جديد وتتضمن إجراءات إعادة التأهيل في هذا الصدد ثلاث عناصر هي :

- الإرشاد المهني قياس الاستعدادات المهنية التوجيه المهني والتدريب: ويـشير مصطلح الإرشاد إلى مجموعة من الإجراءات تمتد لتحتمل المشورة والمعلومة وتزويد المسترشد بأسلوب لفهم المشكلات التي تواجهه والتغلب عليها بالحلول المناسبة ويدور هذا في مجال العمل ومشكلاته ثم يأتي الدور بعد ذلـك علـى قياس الاستعدادات المهنية أي درجة احتمال نجاح الفرد في مجال بعينـه مـن مجالات النشاط الاقتصادي كالتجارة أو الصناعة أو الأعمال المكتـسبة، ثـم يوجه المدمن الناقه بعد ذلك إلى قياس استعداداته المهنية وذلـك للاسترشـاد بنتائج هذا القياس في اختيار أنسب الأعمال لهذه الاستعدادات ومن هنـا تبـدأ خطوات التوجيه المهني. ويقع تحت مفهوم التوجيه المهني مجموع الإجراءات التي تتخذ استغلالاً للمعلومات التي تجمعت لدى المدمن الناقـه مـن خـلال الإرشاد ومن خلال قياس استعداداته المهنية فيجري توجيهـه إلـى الالتحـاق بالمهنة التي تتناسب وهذه المعلومات ولكي يكتمل التوجيه يحتاج الأمر إلى أن يكون لدى القائمين على توجيه مجموعتين إضافيتين من المعلومات إحـداهما تتعلق بالمهن الشاغرة في سوق العمل والثانية تتعلـق بمـا يـسمى بروفيـل المهارات اللازمة للاشتغال الكفء بهذه المهنة ويعتمد توافر هذا البروفيل على ما يسمى بتحليل العمل.
- <u>إعادة الاستيعاب الاجتماعي :</u> إعادة الاستيعاب الاجتماعي هي الخطوة الأخيرة والمكملة لإجراءات الرعاية اللاحقة التي تتناول المدمن الناقـه. ولا يـشترط بالضرورة أن تأتي زمنياً بعد خطوة إعادة التأهيل المهني، بل يمكن تصور أن تتزامن الخطوتان. ولكن المهم أنه لا يجوز تجاهلها فـي نـسبة كبيـرة مـن الحالات، وخاصة تلك التي تمكن منها الإدمان إلى درجة الاقتـران بأشـكال ودرجات خطيرة من التدهور الاجتماعي ( الخالدي، ١٩٨١، ص:٩١).

د- تدابير للعلاج وإعادة التأهيل وإعادة الاندماج الاجتماعي :

إن علاج تأهيل وإعادة الاندماج الاجتماعي للمـدمنين علـى المخـدرات، سلسلة متصلة من التدابير التى تهدف إلى تحقيق وجود متحرر مـن المخـدرات وإعادة وضع هؤلاء الأشخاص فى المجتمع مع توفير طريقة حياة كريمة لهـم . ورغم أن هذه التدابير قد تختلف عن بعضها البعض، فأنها تتـرابط فيمـا بينهـا، ويتعين قبل كل شئ إيجاد وثيقة بين مختلف البرامج فى مجتمع ما ويتناول العلاج الآثار الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية الناجمة عـن إسـاءة الفـرد لاسـتعمال المخدرات، وكذلك يشير إلى التدابير التى تهدف إلى مساعدة المستعمل، رجلا كان أم سيدة، على أن يتحكم أو يسيطر على استعماله للمخدرات وذلك بهدف تيـسير إعادة اندماجه الاجتماعي، ويهدف التأهيل وإعادة الاندماج إلى الوصول بالفرد إلى حالة يستطيع أو تستطيع فيها من الناحية البدنية والنفسية والاجتماعية مواجهة نفس المشاكل التي يواجهها الآخرون في مجموعته العمرية، وأن يستفيد مـن الفـرص المتاحة في المجتمع.(عبدالحميد، ١٩٩٣، ص:٢٤).

# الفصل الثاني

# الدراسات السابقة

نحاول في هذا الفصل التعرض لبعض الدراسات السابقة ذات الاتصال المباشر مع هذه الدراسة وكذلك بعض الدراسات التي تناولت موضوعات قريبة الاهتمام منها نعرض لها على النحو التالي:ـ

**الدراسات العربية :**

دراسة سيف الإسلام بن سعود بن عبد العزيز آل سعود(١٤٠٦هـ ـ) بعنوان: (تعاطي المخدرات في بعض دول مجلس التعاون الخليجي) في المملكة العربية السعودية، البحرين، الكويت.

وهدفت الدراسة إلى معرفة حجم ظاهرة تعاطي وتهريب المخدرات في مجتمع الدراسة، والتعرف على الجوانب الاجتماعية والاقتصادية والصحية لمتعاطي المخدرات على مستوى الأفراد والأسر والمجتمع،إضافة إلى محاولتها الكشف عن الأسباب التي أدت إلى تزايد انتشار المخدرات بين أفراد الشعوب في المنطقة الخليجية. وقد طبقت على مجموعات الموقوفين على ذمة قضايا تعاطي وتهريب المخدرات في (السعودية، البحرين، الكويت ) وقد بلغ حجم العينة (١٣٩) موقوفاً . ومن أهم نتائجها:

- غالبية المتعاطين للمخدرات في الدول الثلاث من غير المتعلمين، أو الذين نالوا تعليماً متواضعاً حيث بلغت نسبتهم (٨٠٪).
- نسبة كبيرة من الموقوفين في قضايا تعاطي وتهريب المخدرات من أصحاب الدخول المتدنية، حيث بلغت نسبة الذين تتراوح دخولهم بين (٢٠٠٠-٣٠٠٠) ريال سعودي شهرياً (٢٦٪).
- الغالبية العظمى من الموقوفين في قضايا المخدرات يعملون في وظائف مهنية وكتابية من القطاعين العام والخاص بنسبة (٥٤٪)، تليهم من يقومون بمهن حرفية (٢٢٪) ثم الذين لا يعملون (١٧٪).
- نسبة كبيرة من أولياء الأمور الموقوفين في قضايا تعاطي المخدرات وحيازة المخدرات من الأميين وأصحاب المستويات التعليمية المتدنية (٧٢٪)، وأن (٩٪) فقط من أولياء أمور الموقوفين في قضايا تعاطي وحيازة المخدرات قد نالوا تعليماً ثانوياً أو جامعياً.

ودراسـة خالد الأسمري ( ١٤٠٨ هـ ) بعنـوان: (مـدمني المخـدرات وطرق علاجهم في المملكة العربية السعودية) . حيث هدفت إلـى الكـشف عـن العوامل الاجتماعية والنفسية التي تصاحب تعاطي المخدرات، أنـواع المخـدرات المستعملة، والتعرف على قدرة مستشفى الأمل في علاج الإدمان وطرق العـلاج داخل المستشفى، إضافة إلى معرفة الآثار المصاحبة للإدمان، وآراء ومقترحـات المبحوثين للقضاء على المخدرات، وآراء المشرفين على علاجهم من أخـصائيين وأطباء وممرضين حيال تجاوب المرضى مع نظام العلاج وحيـال العـود إلـى تعاطي المخدرات. وقد طبقت على (٣٨) مريضاً منومـاً و(٣٧) مـشرفاً علـى علاجهم، وهي من الدراسات الميدانية المطبقة بمستشفى الأمل بالرياض. ومـن أهم نتائج هذه الدراسة أن (٤٤,٧٪) من عينة الدراسـة عـاطلين عـن العمـل، و(٧٦٪) أكملوا تعليمهم حتى المرحلة الابتدائية أو المتوسـطة، كمـا أن (٦٨٪) عزاباً، و(٨٢٪) لهم أصدقاء يتعاطون المخدرات، و(٤٩٪) يتعـاطون الحبـوب المخدرة، و(٣٠٪) يتعاطون الحـشيش، و(١٦٪) يتعـاطون الهيـروين، و(٤٪) يتعاطون الكوكايين، كما أفاد (٣٧٪) من عينة الدراسة بأن المـشكلات العائليـة ووقت الفراغ من أهم أسباب تعاطي المخدرات. ومن جانب الآخر أكد (٦٢٪) من المشرفين على المرضى أن المشكلات العائلية والاجتماعيـة مـن أهـم أسـباب الإدمان، وأفاد (٧٨٪) منهم أن أنجح وسيلة للعلاج هي التأهيل.

كما كشفت دراسة أبو شهبة (١٩٩٠م) التي طبقت على عينـة بلغـت ٩٠ مبحوثاً منهم ٣٠ منتكساً لإدمان الهيروين و٣٠ مدمناً غير منتكس و٣٠ شخـصاً من غير المدمنين أن من أسباب الانتكاس ضعف الإرادة، والقابليـة للاسـتهواء، والتخفيف من القلق النفسي الذي يحدث بعد العلاج، والرجوع للصحبة السيئة، كما أبرزت الدراسة أن هناك علاقة بين انتكاس مدمن الهيروين والمحيط الأسري.

دراسة عبدالعزيز (١٩٩٢م) عن الانتكاسة في استعمال المخـدرات فـي المجتمع السعودي وقد توصلت الدراسة إلى أن نسبة الانتكاسة بعد فتـرة العـلاج تصل إلى ٣٨,٥٪ من إجمالي عينة المعالجين في مستشفى الأمل بالريـاض مـن إجمالي (٢٣٥) مدمناً، كما توصلت إلى أن ما نسبته (٣٢,٨٪) يعزون عودتهم إلى

وجود مشكلات أسرية وأن ما نسبته (٢٢,٨٪) منهم كانت علاقـاتهم سـيئة مـع أسرهم.

كما توصلت دراسة الحمادي (١٩٩٣م) التي طبقت على عينة بلغت (٢٨) مدمناً إلى أن أسباب العود للإدمان هي عدم وجود وظيفـة عنـد الخـروج مـن المستشفى وإلحاح بعض الأصدقاء عليه للتعاطي ونظرة المجتمع إليه بعد خروجه من المستشفى ووجود مشكلات عائلية وأسرية وتوافر المادة المخدرة.

وأشارت دراسة العشماوي (١٩٩٤م) التي طبقت على عينة من ٩٧ مدمناً من أندية الدفاع الاجتماعي وبعض المصحات لعلاج الإدمان في مصر إلى أن من أسباب العود للإدمان وجود الأصدقاء الذين شجعوا المتعاطي على العود، وضعف القدرة على العمل، واستمرار المشكلات وملاحقتها له على طول الوقـت، وعـدم وجود ما يشجع على الانقطاع وعدم قدرة المتعاطي على تحمـل آلام الانـسحاب الجسدية وضعف العزيمة.

ودراسة عبد العزيز الريس (١٤١٥هـ) بعنوان: (العوامـل الاجتماعيـة المرتبطة بالعود إلى تعاطي المخدرات بعد العلاج).

وهدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الخصائص الاجتماعيـة للعائـدين لتعاطي المخدرات وصفائهم من غير العائدين لتعاطي المخدرات بعد العلاج، وإلى الكشف عن العوامل الاجتماعية المرتبطة بالعود إلى تعاطي المخدرات. وقد طبقت هذه الدراسة على عينة حجمها (٣٩٩) مستخدماً المنهج المسحي الاجتماعي عـن طريق العينة، في مجمعات الأمل بالمملكة العربية السعودية. ومن نتائجها:

- أن غالبية عينة الدراسة (٩٠٪) من الذين نشأوا في مناطق حضرية للمنتكسين، و(٦٤٪) لغير المنتكسين.
- غالبية المنتكسين من الذين لم يتزوجوا حيث بلغت نسبتهم (٦٠٪).
- ارتفاع متوسط أعمار غير المنتكسين حيـث يبلـغ (٣٠,٨٣) سـنة، مقارنـة بمتوسط أعمار المنتكسين من ذوي التعليم المنخفض نسبياً، مقارنة بوظـائفهم من غير المنتكسين.
- غالبية عينة الدراسة العاطلين من العمل أجابوا بأن مصدر دخلهم من الأسرة.

- ارتفاع نسبة المنتكسين الذين أجابوا بوفاة أحد والـديهم أو كليهمـا، كمـا إن المنتكسين أكثر اختلاطاً مع أصدقاء يتعـاطون المخـدرات،وبأنهم يواجهـون مشكلات أسرية وارتفاع نسبة البطالة لديهم.

وكذلك كشفت دراسة الدامغ (١٩٩٧م) حول تصنيف مدمني الكحول فـي المملكة العربية السعودية التي طبقت على عينة بلغت (٧٢) من مدمني الكحول في مستشفيات الأمل بمدينة الرياض والدمام وأن ما نسبته ٨١,٩٪ من العينة سبق أن قطعوا على أنفسهم وعوداً بعدم العود للتعاطي مرة أخرى ولكنهم عادوا للتعـاطي وذلك لأسباب عدة منها :

١) الارتياح من التوتر ٣٧,٥٪.
٢) الشعور بالارتياح ٣١,١٪ .
٣) عدم وجود شيء يعمله ١٥,٥٪ .
٤) عدم الاستطاعة عن التوقف وتجنب الأصدقاء ٢,٨٪.

ودراسة ذعار بن سلطان السبيعي (١٤١٧ هـ) بعنـوان :( الخـصائص الاجتماعية والاقتصادية للعائدين للجريمة ). وهدفت هذه الدراسة إلـى معرفـة بعض الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للمجرم العائد للفعل الإجرامي، ومعرفة ما إذا كانت هذه الخصائص تميز المجرم العائد عن غيره من المجرمين، ومعرفة ما إذا كان لهذه الخصائص تأثير على العودة للجريمة . وقـد اسـتخدم الباحـث المنهج الوصفي المقارن لوصف سلوك الأفراد وتعاملهم مع الواقع الفعلـي فـي الميدان، واستعان الباحث بعينتين لتحقيق أهداف الدراسة، الأولى: كانت لعدد مـن المجرمين العائدين للجريمة.والثانية: كانت لعدد من المجرمين لأول مرة. واستخدم الباحث صحيفة الاستبيانات كأداة للدراسة المطبقة بسجن الـدمام فـي المنطقـة الشرقية بالمملكة العربية السعودية. ومن نتائجها:

- أن غير المتزوجين هم الأكثر ميلاً لمعاودة الإجرام من المتزوجين والمطلقـين وكانت نسبتهم (٤٧,٩٪)، وأن فئة الطلاب والموظفين هم أكثر الفئات المهنيـة ميلاً لممارسة الجريمة والعود إليها عند ارتكاب أول جريمة وكانـت نـسبتهم (١٨,٣ ٪) من الطلاب، (٥٠,٥٪)من الموظفين.

- فئة الذين يعولون أو من لديهم أربعة أبناء فأكثر هم أكثر الفئات ميلاً للعـودة إلى الجريمة، حيث الحاجة الملحة وعدم التخطيط الملائم.
- العامل الاقتصادي ما يزال عاملاً بارزاً وحيوياً جنباً إلى جنب مع العوامـل الأخرى والتي قد تدفع الفرد الى معاودة الإجرام.

أما دراسة غويدي (١٩٩٨م) التي سعت للتعرف على الفروق في علاقات الأسرة والأصدقاء بين الأصحاء والعائدين إلى الإدمان والمـراجعين لمستـشفى الأمل بجدة والتي طبقت على عينة بلغت ٣٠٠ مبحوث منهم ١٠٠ من العائـدين للإدمان و١٠٠ ممن عولجوا في مستشفيات الإدمان و١٠٠ من غيـر المـدمنين، فتوصلت إلى وجود فروق بين العائدين للإدمان والأصحاء فـي أبعـاد مقيـاس العلاقات الاجتماعية بالنسبة إلى الأسرة والأصدقاء.

وكذلك كشفت دراسة الضحيان (١٩٩٨م) عن أن سجناء المخدرات يـرون أن وصمة العار ونظرات الناس التي تلاحقهم من العوامل الرئيسية في عـودتهم للسجن مرة أخرى، وعلى عكس من هـذه الدراسـة توصـلت دراسـة حـسين (٢٠٠٣م) حول اتجاهات أفراد المجتمع نحو مـدمني المخـدرات المعـالجين أو المتعافين من الإدمان التي طبقت على عينة مكونة من (٤٠) فرداً مـن الـذكور والإناث بمدينة الرياض إلى ميل أفراد العينة إلى التعاطف مع من شفوا وامتنعـوا تماماً عن تعاطي المخدرات في حين يقل هذا الميل على مستوى التعامل الشخصي والمهني مع المتعافين.

أما دراسة النهده (١٩٩٩م)، التي طبقت على عينة من العائدين للإدمان في مستشفى الأمل بمحافظة جدة بالمملكة العربية السعودية بلغت (١٣٦) مدمناً ممـن أنهوا البرنامج العلاجي فبينت أن نسبة العود للإدمان بعد الثلاثة الأشهر الأولـى بلغت (٥٪) وخلال الستة الأشهر بلغت ٨,١٢٪ وبعد عام بلغـت نـسبة العـود ٨,٦٨٪ وبلغ إجمالي عدد الأفراد الذين عادوا (٣٣) مدمناً من إجمالي العينة.

ودراسة محمد بن بطـي عـوض العنـزي ( ١٤٢٣هـ ) بعنـوان : (الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للعائدين لجريمـة تـرويج المخـدرات ) . وهدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العوامل الاجتماعية والاقتصادية التي تـدفع

الفرد الى العودة لجريمة ترويج المخدرات، إضافة إلـى سـعيها للكـشف عـن الخصائص الإجرامية للفرد العائد لجريمة ترويج المخدرات. وقد استخدم الباحث منهج المسح الاجتماعي الشامل، كما استخدم الاستبانة كأداة لجمـع المعلومـات. ومن نتائجها:

- ازدياد جريمة العودة لترويج المخدرات في المرحلة العمرية تتركـــــز في الفئة العمرية من ( ٣٥ - ٤٥ ) سنة.
- العزاب هم أكثر الفئات ميلاً لمعاودة ارتكاب جريمة ترويج المخدرات.
- تدني المستوى التعليمي للعائدين لجريمة المخدرات.
- النسبة الأكبر من العائدين لجريمة ترويج المخدرات كانوا موظفين عنـد ارتكابهم أول جريمة ترويج مخدرات.
- وجود علاقة بين متعاطي المخدرات والعودة لجريمة ترويج المخدرات.

ودراسة يوسف سطام العنزي (٢٠٠٢ م ) بعنوان: (دراسة مقارنـة بـين مدمني الحشيش ومدمني الإمفتامين والعادين في بعض خصائص الشخصية).

هدفت هذه الدراسة إلى المقارنة بين خصائص شخصية مدمني الحـشيش ومدمني الإمفتامين والشخصية العادية، وبالتالي :

- خاصية الدافعية للإنجاز.
- خاصية القلق.
- خاصية العدوانية.
- بعض المتغيـرات الديموغرافيـة الأخـرى ( المـستوى التعليمـي، الحالـة الاجتماعية، الوظيفة ). ومن نتائجها:
- توجد فروق دالة إحصائياً بين مدمني الحشيش ومدمني الإمفيتامين والعـاديين في خاصية العدوان.
- توجد فروق دالة إحصائية بين مدمني الحشيش ومدمني الإمفتامين والعـاديين في خاصية الدافعية للإنجاز.
- توجد فروق ذات دلالة لدى مدمني الحشيش ومدمني الإمفيتامين والعادين فـي سمة القلق وخاصية العدوانية وخاصية الدافعية.

كما كشفت دراسة اليوسف (٢٠٠٥م) حول اتجاهات أفراد المجتمع نحو السجناء المفرج عنهم أن غالبية أفراد المجتمع يرفضون التعامل مع المتهمين في قضايا المخدرات حيث بلغت نسبتهم ٧٧,٥٪ وأوضحت الدراسة أن ٥١٪ من العينة يرفضون تزويج بناتهم من أشخاص قضوا عقوبة السجن في وقت سابق من حياتهم، كما توصلت إلى أن ٢٤,٣٪ يكونون أقل تحفظاً في الموافقة على تزويج المفرج عنهم إذا كانوا من أقربائهم وما نسبته ٣٦,٤٪ يرفضون هذا الزوج كما بينت الدراسة أن ٤٦,٣٪ يمانعون في تقبل المفرج عنه كأحد الأصدقاء كما كشفت الدراسة أن ما نسبته ٥٥,٢٪ لا يرغبون في التعامل مع المفرج عنهم في قضايا المسكرات، وكذلك هناك علاقة إيجابية بين الحالة التعليمية والحالة الاجتماعية للمبحوثين واتجاهاتهم نحو المفرج عنهم في قضايا المسكرات.

كما توصلت دراسة الديدي وعسكر (٢٠٠٥م) التي طبقت على عينة بلغت ١٣٢ مريضاً أسفرت عن وجود الكثير من العوامل المسببة للانتكاسة أهمها عوامل خاصة بالاشتياق والتوتر الناتج من معاودة الفرد لحياته بعد الخروج من المستشفى، وعوامل القلق والاكتئاب والإشارات الدالة على العقار، ووجود العوامل المساعدة على التعاطي من رفاق متعاطين، وتجار يعرضون المخدرات فضلاً عن قصور الكفاية الشخصية في اختبار قدرته على التحكم في مستوى التعاطي.

**الدراسة الأجنبية :**

وفي دراسة أخرى قام بها نركو وزملاؤه (١٩٩٠م) هدفت إلى تقييم فعالية البرنامج العلاجي من خلال النظر إلى العوامل المجتمعية التي قد تحسن أو تعوق سير الخطة العلاجية للمدمنين، خصوصاً بعد فترة الخروج من المركز العلاجي، مع التركيز على برامج الرعاية اللاحقة وكذلك طرق الوقاية من الانتكاسة، وقد أكدت هذه الدراسة على الأهمية القصوى لحدوث مستوى ملائم من إعادة الاندماج الاجتماعي للمدمن المتعافي داخل محيطه الاجتماعي، لأن المدمن المتعافي في حاجة إلى إعادة التكيف النفسي – الاجتماعي مع بيئته الاجتماعية ومثل هذا التكيف لا يتحقق إلا من خلال ربط البرنامج العلاجي بالوسط الاجتماعي الذي ينتمي إليه الشخص المتعافي لأن البرامج العلاجية (مهما كانت درجة كفاءتها

وفعاليتها) لن تستطيع وحدها إحداث التكيف النفسي – الاجتماعي الـذي ينـشده المدمن المتعافي.

أما الدراسة التي قام بها كل من دالي ومارلوت (١٩٩٢م) فقد هدفت إلـى استكشاف العوامل المؤدية إلى انتكاسة المتعافين من الإدمان حيث أشار الباحثـان إلى أن هناك عديداً من المثيرات والمحرضات التي تسهم بشكل مباشر في حدوث الانتكاسة لدى المتعافين من الإدمان وقد بينـت الدراسـة أن نـسبة ٣٨٪ مـن الكحوليين المتعافين و١٩٪ من المتعافين من إدمان الهيروين قد انتكسوا كاستجابة لحالة عدم الاستقرار الوجداني والانفعالي لديهم، كما أظهرت الدراسـة أن سـبب الانتكاسة لدى ٢٦٪ من المتعافين من الهيروين ولدى ١٨٪ من المتعـافين مـن إدمان الكحول، يعود إلى صعوبات التكيف الاجتماعي التـي يواجههـا المـدمن المتعافي ومن أهم صعوبات التكيف تلك التي تتمثل في عدم قدرة المتعافي علـى تكوين علاقات اجتماعية سليمة مع مجتمعه.

وأشارت الدراسة التي قام بها كل من بونـدي وكليلـو (١٩٩٨م) حـول العوامل التي تحد من الانتكاسة لدى المدمنين المتعافين إلى أن ٦٥٪ إلى ٨٠٪ من الأشخاص المعالجين انتكسوا بعد السنة الأولى من العـلاج، وأن أهـم عوامـل انتكاستهم وعودتهم لتعاطي المخدرات هي الضغوط الاجتماعية التـي يواجههـا المتعافي إذ بينت الدراسة أن ثلاثة أشخاص من بين أربعة أشخاص من المتعافين ينتكسون بسبب الضغوط النفسية – الاجتماعية التي يتعرضون لها فـي محـيطهم الاجتماعي وعادة ما تؤدي تلك الضغوط إلى صور متعددة مـن سـوء التكيـف والتأقلم مع المجتمع، وقد أشارت الدراسة إلى أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بـين الذكور والإناث وذلك فيما يتعلق باحتمالية التعرض للانتكاسة إذ تبين أن الـذكور هم أكثر عرضة للانتكاسة مقارنة بالإناث كما أظهرت نتائج الدراسة أن احتماليـة الانتكاسة تختلف باختلاف الانتماءات العرقية للأفراد المتعافين.

كشفت دراسة ستيف ويل ومايك (٢٠٠٠م) التي طبقت على عينة تكونـت من ٦٠ مدمني الكحول الذكور خلال سنة عن أن زيادة الفاعلية الذاتية كـان لهـا

تأثير أكبر في الحد من العود للإدمان، كما أن الفاعلية الذاتية والتوازن العقلي أكثر العوامل تأثيراً في العود لإدمان الكحول.

بينما توصلت دراسة ميشيل ودونكن ونادين (٢٠٠٢م) في تحديدها للعوامل التي تؤثر في عدم العود للإدمان للهيروين على مجموعة من المقيمين في مصحات الرعاية النفسية، وكانت العينة مكونة من ٢٤٢ مدمناً من ٢٣ برنامجاً علاجياً في الولايات المتحدة الأمريكية وتوصلت بعد تطبيق عدة برامج إلى عدد من النتائج أهمها أن ٦٠٪ رجعوا لاستخدام الهيروين و٤٠٪ لم يعودوا وأن الذين لم يعودوا استفادوا من البرامج التي طبقت عليهم.

# الباب الثالث

# الدراسة الميدانية واستعراض النتائج

# الفصل الثالث
# البناء المنهجي

## البناء المنهجي

هدفت الدراسة إلى :

١. معرفة أشكال الجهود الحالية لبرامج الرعاية اللاحقة المقدمة للمتعافين من الإدمان.
٢. معرفة طبيعة البرامج التوجيهية المقدمة للمتعافين من إدمان المخدرات.
٣. التعرف على جدوى البرامج الرياضية والاجتماعية والاقتصادية والنفـسية المقدمة للمتعافين من المخدرات.
٤. معرفة دور البرامج الحالية للرعاية اللاحقة للمتعافين من إدمان وتعـاطي المخدرات في الحد من عودتهم إلى التعاطي.
٥. التعرف على طبيعة مقومات الإستراتيجية المقترحة لبرامج الرعاية اللاحقة للمتعافين من الإدمان وينبثق عن ذلك بتحديد ما يلي :

- مقوم المسؤولية.
- مقوم نوعية الخدمات التي يجب أن تحتويها الرعاية اللاحقة للمتعافين.
- مقوم المنظمات المقدمة للخدمة والداعمة لها.
- مقوم الموارد.
- مقوم المستفيدين من المتعافين.

وبناءاً عليه تم تصميم البناء المنهجي للدراسة على النحو التالي :

**أولاً : أسلوب الدراسة :**

تعتبر هذه الدراسة من الدراسات الوصفية نظراً لكونها تهتم بوصف ظاهرة معينة وهي تصور مقترح لتفعيل دور المؤسسات في الوقايـة مـن المخـدرات وباعتبار أن الدراسات الوصفية تهتم بدراسة العلوم الإنسانية والاجتماعية وبنـاءاً عليه فقد تم استخدام الأسلوب المكتبي لكتابة الإطار النظري وأدبيـات الدراسـة، وذلك بالاستعانة بالكتب والمراجع العلمية، أما الأسلوب الآخـر فهـو الأسـلوب الميداني الذي تم فيه اسـتطلاع آراء الممارسـين والأكـاديميين وذلـك لجمـع

المعلومات، وقد تم استخدام المنهج المسحي الوصفي بطريقة المسح الاجتماعي حيث أن هذا المنهج يهتم بدراسة العلوم الإنسانية والاجتماعية ويهتم بدراسة الظواهر والمشكلات الاجتماعية.

**ثانياً : متغيرات الدراسة :**

**المتغير المستقل :** تصور مقترح لتفعيل دور المؤسسات في الوقاية من المخدرات.

**المتغيرات التابعة :**

- الجهود الحالية لبرامج الرعاية اللاحقة.
- طبيعة البرامج التوجيهية المقدمة.
- جدوى البرامج الرياضية والاجتماعية والاقتصادية والنفسية.
- دور البرامج الحالية للرعاية اللاحقة.
- طبيعة مقومات الإستراتيجية المقترحة (مقوم المسؤولية - مقوم نوعية الخدمات التي يجب أن تحتويها الرعاية اللاحقة للمتعافين - مقوم المنظمات المقدمة للخدمة والداعمة لها - مقوم الموارد - مقوم المستفيدين من المتعافين).

**ثالثاً : منهج الدراسة :**

اعتمد الباحث في هذه الدراسة على المنهج الوصفي المسحي للوصول إلى تصور مقترح لتفعيل دور المؤسسات التعليمية في الوقاية من المخدرات، وقد تم اختيار هذا المنهج بناءاً على الاعتبارات التالية :

١- أن هذا المنهج يتماشى مع طبيعة الدراسة نظراً لكونه يهتم بدراسة الظواهر والمشكلات الإنسانية والاجتماعية.

٢- أن هذا المنهج يعطي للباحث مرونة فـي كيفيـة اختبـار التـساؤلات وصياغتها فضلاً عن أنه يمكن تعميم نتائجه على أكبر عدد ممكن مـن المبحوثين.

٣- أن هذا المنهج يعتمد على أدوات وأساليب البحث العلمي، ولمـا كـان الباحث في صدد جمع المعلومات من الأكاديميين والممارسين يحتـاج إلى الاعتماد على أحد أدوات البحث العلمي وهي الاستبيان لذلك فـإن شروط هذا المنهج تعتبر مطبقة نظراً لوجود مشكلة وفي نفس الوقـت وجود أداة يستعين بها الباحث.

**رابعاً : مجتمع الدراسة :**

يتكون مجتمع الدراسة من الأكاديميين والممارسين الـذين يتعـاملون مـع المتعافين من الإدمان.

**خامساً : عينة الدراسة :**

تم عمل مسح شامل للممارسين في مستشفيات الصحة النفسية ومستـشفى الأمل في مدينة الرياض وجدة والمنطقة الشرقية وكان عددهم ٥٠ وكان توزيعهم على النحو التالي :

| | |
|---|---|
| مجمع الأمل والصحة النفسية بالرياض | ٢٥ |
| مجمع الأمل والصحة النفسية بالشرقية | ٧ |
| مجمع الأمل والصحة النفسية بجدة | ١٨ |

أما بالنسبة للأكاديميين فقد تم اختيار ٥١ مبحوث وكان توزيعه على النحو التالي :

| | |
|---|---|
| جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية (رجال) | ١٧ |
| جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية (نساء) | ٢ |
| جامعة الأميرة نورة بنت عبدالرحمن | ٢٢ |
| جامعة الملك سعود | ١٠ |

**سادساً : أداة الدراسة :**

تم استخدام أداة الاستبيان كوسيلة لجمع المعلومات، وراعى الباحث في هذه الأداة أن تشتمل على كافة الأسئلة والمتغيرات التي تحوي موضوع الدراسة وهي عبارة عن أداة استبيان للممارسين وأداة استبيان للأكاديميين، وتم تقسيم الأداة إلي قسمين : قسم يشتمل على البيانات الأولية والمعلومات العامة، وقسم يشتمل علـى البيانات الأساسية التي تدور حولها الدراسة.

**سابعاً : صدق وثبات الأداة :**

١- صدق الأداة :

أ- صدق المحكمين، بعد تصميم أداة الاستبيان تم عرضها علـى الأسـتاذ الدكتور المشرف وأخذ رأيه بالنسبة للأداة الذي قام بتعديل بعض بنودها وبـدوره طلب مني أن أعرض الأداة على هيئة علمية متخصصة في علم الاجتماع والخدمة الاجتماعية لتحكيمها والذين أبدوا رأيهم في الأداة حيث أنهم قاموا بإلغـاء بعـض البنود وأيضاً قاموا بتعديل بعض الفقرات من ناحية إعادة الصياغة وقد تم تعـديل الاستبانة في ضوء توجهات المحكمين.

ب- الصدق البنائي للأداة : تم عرض الأداة على عينة مبسطة من العينـة المختارة للوقوف على مدى فهمهم للعبارات الواردة في الأداة ثم تم عرضها عليهم بعد فترة زمنية تعادل أسبوع فتطابقت إجاباتهم مع المرة الأولى بنسبة ٨٩٪.

٢- ثبات الأداة :

تم تقدير ثبات الأداة بطريقة التجانس الداخلي باستخدام معامل ألفا كرونباخ حيث بلغ ٠,٨٣، كما تم تقدير الاتساق الداخلي لأبعاد الأداة وذلك من خلال إيجاد معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للأداة . والجدول التالي يبين معاملات الثبات :

| المحور | قيمة ألفا |
|---|---|
| أشكال الجهود الحالية لبرامج الرعاية اللاحقة المقدمة للمتعافين مـن الإدمان . | ٠,٩٧ |
| طبيعة البرامج التوجيهية المقدمة للمتعافين من إدمان المخدرات . | ٠,٩٠ |
| جدوى البرامج الرياضية والاجتماعية والاقتصادية والنفسية المقدمة للمتعافين من المخدرات. | ٠,٩٢ |
| دور البرامج الحالية للرعاية اللاحقة للمتعافين من إدمـان وتعـاطي المخدرات في الحد من عودتهم إلى التعاطي. | ٠,٩٤ |

**ثامناً : حدود الدراسة :**

١- الحدود الموضوعية : اقتصرت هذه الدراسة على وضع تـصور مقتـرح لبناء استراتيجية برامج رعاية لاحقة للمتعافين من الإدمان.

٢- الحدود المكانية : طبقت هذه الدراسة في مجمعات الأمل والصحة النفـسية بالرياض وجدة والمنطقة الشرقية، والأكاديميين كل من جامعة الإمام محمـد بـن سعود الإسلامية وجامعة الملك سعود وجامعة الأميرة نورة.

**تاسعاً : الأساليب الإحصائية :**

تم استخدام بعض المقاييس الإحصائية كالجداول التكرارية والنسب المئوية وأيضاً المتوسط الحسابي والانحراف المعياري.

# الفصل الرابع

# العرض الجدولي لنتائج الدراسة الميدانية

## العرض الجدولي لنتائج الدراسة الميدانية

هدفت الدراسة إلى تقديم تصور مقترح لبناء استراتيجية برامج رعاية لاحقة للمتعافين من الإدمان، وبناءاً عليه تم استطلاع آراء كل من الممارسين الذين يتعاملون مع المتعافين من الإدمان في مستشفيات الأمل والصحة النفسية، وأيضاً الأكاديميين من أعضاء هيئة التدريس وذلك للوقوف على وجهات نظرهم في التصور المقترح لبناء استراتيجية برامج رعاية لاحقة للمتعافين من الإدمان، وقد تم عمل مسح شامل للممارسين في كل من مدينة الرياض وجدة والمنطقة الشرقية حيث كان عددهم ٥٠ مبحوث، أما الأكاديميين فقد تم اختيار عينة قدرت بـ ٥١ مبحوث من أعضاء هيئة التدريس في جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية وجامعة الملك سعود وجامعة الأميرة نورة.

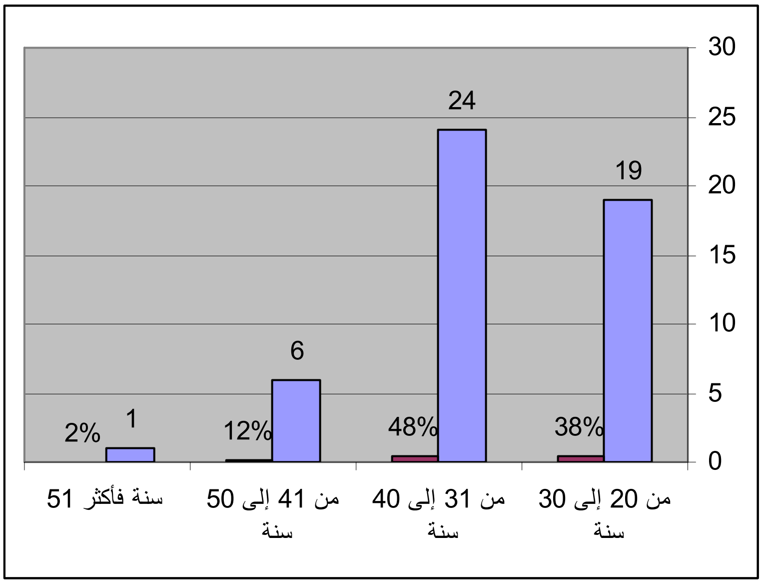
# تحليل البيانات الخاصة بالممارسين

## أولاً : تحليل البيانات الأولية :

**جدول رقم (١)**

**يوضح العمر لأفراد العينة**

| الفئات | ك | % |
|---|---|---|
| **من ٢٠ إلى ٣٠ سنة** | ١٩ | ٣٨٪ |
| **من ٣١ إلى ٤٠ سنة** | ٢٤ | ٤٨٪ |
| **من ٤١ إلى ٥٠ سنة** | ٦ | ١٢٪ |
| **٥١ سنة فأكثر** | ١ | ٢٪ |
| **المجموع** | ٥٠ | ١٠٠٪ |

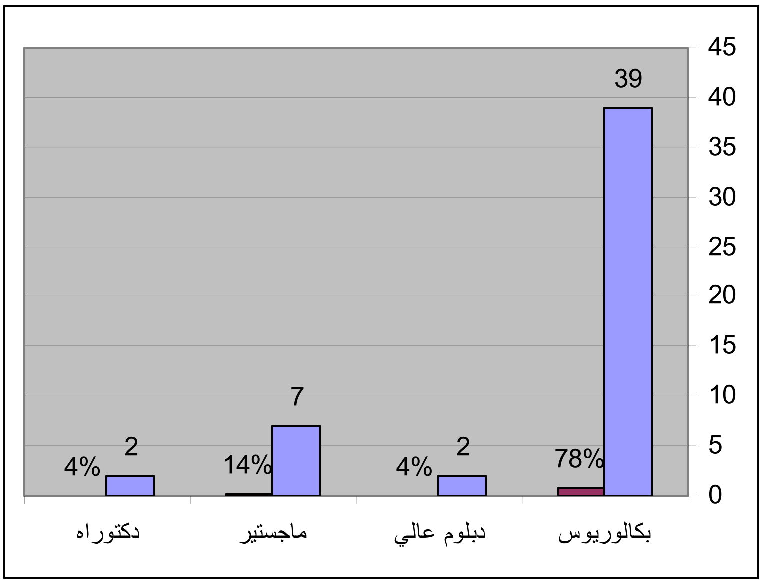



الجدول السابق يوضح العمر لأفراد العينة (الممارسين) حيـث يتـضح أن أعلى نسبة من حجم العينة من الذين تتراوح أعمارهم بين ٣١ سنة إلى ٤٠ سـنة ويمثلون نسبة ٤٨٪ وجاءت بعدها نسبة الذين أعمارهم تتراوح بين ٢٠ سنة إلـى ٣٠ سنة حيث بلغت نسبتهم ٣٨٪ وتلتها نسبة الذين أعمارهم تتراوح بين ٤١ إلى ٥٠ سنة ويمثلون نسبة ١٢٪ بينما كانت أقل نسبة من حجم العينـة مـن الـذين تتراوح أعمارهم فوق ٥١ سنة ويمثلون نسبة ٢٪.

**جدول رقم (٢)**

**يوضح المستوى التعليمي لأفراد العينة**

| الفئات | ك | % |
|---|---|---|
| ثانوية عامة | - | - |
| بكالوريوس | ٣٩ | ٧٨٪ |
| دبلوم عالي | ٢ | ٤٪ |
| ماجستير | ٧ | ١٤٪ |
| دكتوراه | ٢ | ٤٪ |
| المجموع | ٥٠ | ١٠٠٪ |

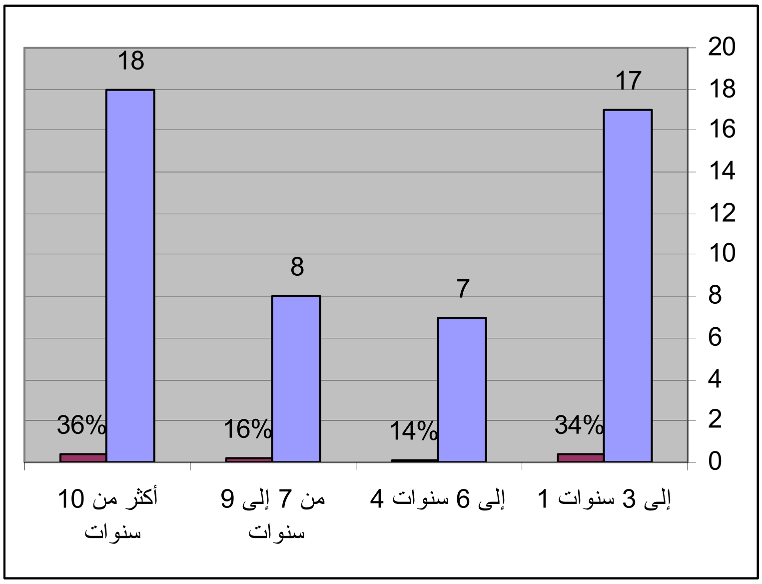



الجدول السابق يوضح المستوى التعليمي لأفراد العينة (الممارسين) حيـث يتضح أن أعلى نسبة من حجم العينة من الذين مـستواهم التعليمـي بكـالوريوس ويمثلون نسبة ٧٨٪ وجاءت بعدها نسبة الذين مستواهم التعليمي ماجستير حيـث بلغت نسبتهم ١٤٪ بينما كانت أقل نسبة من حجم العينـة متـساوية بـين الـذين مستواهم التعليمي دبلوم عالي ودكتوراه ويمثلون نسبة ٤٪.

**جدول رقم (٣)**

**يوضح سنوات الخبرة لأفراد العينة**

| الفئات | ك | % |
|---|---|---|
| **١ إلى ٣ سنوات** | ١٧ | ٣٤٪ |
| **٤ إلى ٦ سنوات** | ٧ | ١٤٪ |
| **من ٧ إلى ٩ سنوات** | ٨ | ١٦٪ |
| **أكثر من ١٠ سنوات** | ١٨ | ٣٦٪ |
| **المجموع** | ٥٠ | ١٠٠٪ |

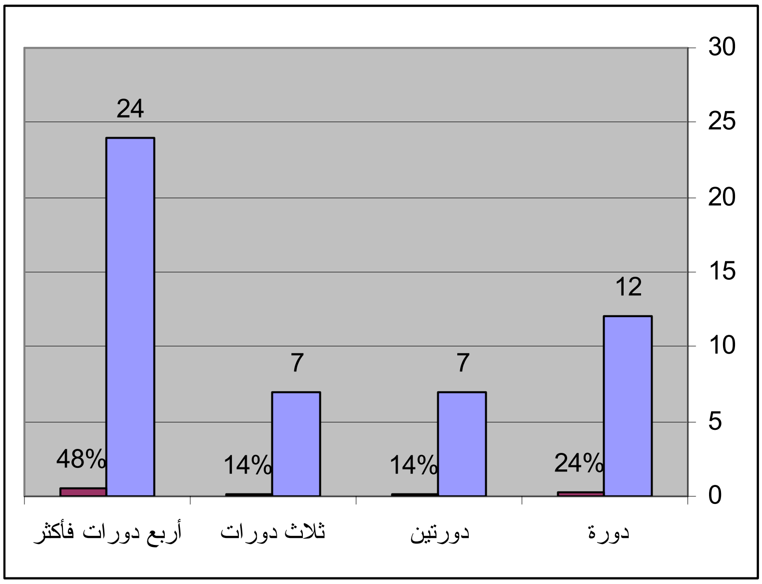



الجدول السابق يوضح سنوات الخبرة لأفراد العينـة (الممارسـين) حيـث يتضح أن أعلى نسبة من حجم العينة من الذين لديهم سنوات خبرهم أكثر من ١٠ سنوات ويمثلون نسبة ٣٦٪ وجاءت بعدها نسبة الذين لديهم سنوات خبرة تتراوح بين ١ إلى ٣ سنوات حيث بلغت نسبتهم ٣٤٪ وجاءت بعدها نسبة الذين سـنوات خبرتهم تتراوح بين ٧ إلى ٩ سنوات ويمثلون نسبة ١٦٪ بينما كانت أقل نسبة من حجم العينة من الذين سنوات خبرتهم تتراوح بـين ٤ سـنوات إلـى ٦ سـنوات ويمثلون نسبة ١٤٪ .

**جدول رقم (٤)**

**يوضح عدد الدورات التدريبية التي التحق بها أفراد العينة**

| الفئات | ك | % |
|---|---|---|
| **دورة** | ١٢ | ٢٤٪ |
| **دورتين** | ٧ | ١٤٪ |
| **ثلاث دورات** | ٧ | ١٤٪ |
| **أربع دورات فأكثر** | ٢٤ | ٤٨٪ |
| **المجموع** | ٥٠ | ١٠٠٪ |

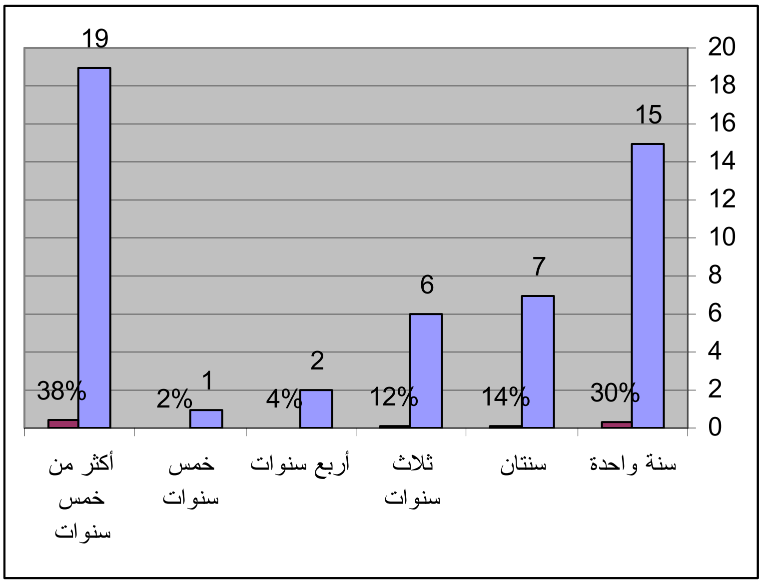



الجدول السابق يوضح عدد الدورات التدريبية التي التحق بها أفراد العينـة (الممارسين) حيث يتضح أن أعلى نسبة من حجم العينة من الذين التحقوا بـأربع دورات وأكثر ويمثلون نسبة ٤٨٪ وجاءت بعدها نسبة الذين التحقوا بدورة واحدة حيث بلغت نسبتهم ٢٤٪ بينما كانت أقل نسبة من حجم العينة متساوية بين الـذين التحقوا بدورتين تدريبية وثلاث دورات ويمثلون نسبة ١٤٪ لكل منهما.

**جدول رقم (٥)**

**يوضح مدة العمل في مجال إدمان وتعاطي المخدرات لأفراد العينة**

| الفئات | ك | % |
|---|---|---|
| **سنة واحدة** | ١٥ | ٣٠٪ |
| **سنتان** | ٧ | ١٤٪ |
| **ثلاث سنوات** | ٦ | ١٢٪ |
| **أربع سنوات** | ٢ | ٤٪ |
| **خمس سنوات** | ١ | ٢٪ |
| **أكثر من خمس سنوات** | ١٩ | ٣٨٪ |
| **المجموع** | ٥٠ | ١٠٠٪ |




الجدول السابق يوضح مدى العمل في مجال إدمان وتعـاطي المخـدرات لأفراد العينة (الممارسين) حيث يتضح أن أعلى نسبة من حجم العينة مـن الـذين يعملون في هذا المجال منذ أكثر من خمس سنوات ويمثلون نسبة ٣٨٪ وجـاءت بعدها نسبة الذين يعملون في مجال إدمان وتعاطي المخدرات منذ سنة واحدة حيث بلغت نسبتهم ٣٠٪ وجاءت بعدها نسبة الذين يعملون في مجال إدمـان وتعـاطي المخدرات منذ سنتان ويمثلون نسبة ١٤٪ بينما كانت أقل نسبة من حجم العينة من الذين يعملون في هذا المجال منذ خمس سنوات ويمثلون نسبة ٢٪ .

## ثانياً : تحليل البيانات الأساسية :

**جدول رقم (٦)**

**يوضح البرامج التثقيفية المقدمة للمتعافين من إدمان المخدرات**

| العبارة | موافقة | | إلى حد ما | | غير موافق | | المتوسط | الانحراف | الترتيب |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % | ك | % | | | |
| ١- يقوم المستشفى بعقد ندوات تثقيفية في موضوعات متعددة . | ٢٧ | ٥٤٪ | ٢٣ | ٤٦٪ | - | - | ١,٤٦ | ٠,٥٠ | ٦ |
| ٢- يتم استضافة متخصصين نفسيين واجتماعيين لإرشاد المتعافين . | ٢٩ | ٥٨٪ | ١٧ | ٣٤٪ | ٤ | ٨٪ | ١,٥٠ | ٠,٦٤ | ٤ |
| ٣- تقوم المستشفى بتوزيع بعض الكتيبات والإرشادات الطبية للمتعافين. | ٣٠ | ٦٠٪ | ١٦ | ٣٢٪ | ٤ | ٨٪ | ١,٤٨ | ٠,٦٤ | ٥ |
| ٤- يتم عمل لقاءات بصفة مستمرة مع الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين . | ٣٣ | ٦٦٪ | ١٤ | ٢٨٪ | ٣ | ٦٪ | ١,٤٠ | ٠,٦٠ | ٧ |
| ٥- تعمل المستشفى على تقديم بعض المسابقات لزيادة تحفيز المتعافين على التعافي من الإدمان . | ٢٥ | ٥٠٪ | ٢٠ | ٤٠٪ | ٥ | ١٠٪ | ١,٦٠ | ٠,٦٧ | ٣ |
| ٦- تسهم المستشفى في تقديم بعض برامج التوعية وأشرطة الفيديو لتعزيز السلوك الإيجابي لدى المتعافين . | ٢٥ | ٥٠٪ | ١٨ | ٣٦٪ | ٧ | ١٤٪ | ١,٦٤ | ٠,٧٢ | ٢ |
| ٧- تقوم المستشفى بعمل لقاءات لتثقيف أسر المتعافين بطرق التعامل معهم. | ١٩ | ٣٨٪ | ٢١ | ٤٢٪ | ١٠ | ٢٠٪ | ١,٨٢ | ٠,٧٤ | ١ |

الجدول السابق يوضح البرامج التثقيفية المقدمة للمتعافين من إدمان المخدرات من وجهة نظر (الممارسين) حيث يتضح من الفقرة رقم (١) أن أعلى نسبة موافقين على أن المستشفى يقوم بعقد ندوات تثقيفية في موضوعات متعددة حيث بلغت ٥٤٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما ٤٦٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٤٦ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٥٠ .

وبذلك نستنتج أن المستشفى يقوم بعقد ندوات تثقيفية في موضوعات متعددة بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٥٤٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٢) أن أعلى نسبة موافقين على أنه يتم استضافة متخصصين نفسيين واجتماعيين لإرشاد المتعافين حيث بلغت ٥٨٪ وكانت نـسبة الموافقين إلى حد ما ٣٤٪ وكانت نسبة غير الموافقين على أنـه يـتم استـضافة متخصصين نفسيين واجتماعيين لإرشاد المتعافين حيث بلغت ٨٪ وقد بلغت قيمـة المتوسط ١,٥٠ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٤ .

وبذلك نستنتج أنه يتم استضافة متخصصين نفسيين واجتمـاعيين لإرشـاد المتعافين بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٥٨٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٣) أن أعلى نسبة موافقين على أن المستـشفى تقوم بتوزيع بعض الكتيبات والإرشادات الطبية للمتعافين حيث بلغت ٦٠٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما ٣٢٪ وكانت نسبة غير الموافقين علـى أن المستـشفى تقوم بتوزيع بعض الكتيبات والإرشادات الطبية للمتعافين حيث بلغـت ٨٪ وقـد بلغت قيمة المتوسط ١,٤٨ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٤ .

وبذلك نستنتج أن المستشفى تقوم بتوزيع بعض الكتيبات والإرشادات الطبية للمتعافين بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٦٠٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٤) أن أعلى نسبة موافقين على أنه يـتم عمـل لقاءات بصفة مستمرة مع الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين حيـث بلغـت ٦٦٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما ٢٨٪ وكانت نسبة غير الموافقين على أنه يـتم عمل لقاءات بصفة مستمرة مع الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين حيث بلغت ٦٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٤٠ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٠.

وبذلك نستنتج أنه يتم عمل لقاءات بصفة مستمرة مع الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٦٦٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٥) أن أعلى نسبة موافقين على أن المستـشفى تعمل على تقديم بعض المسابقات لزيادة تحفيز المتعافين على التعافي من الإدمان حيث بلغت ٥٠٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد مـا ٤٠٪ وكانـت نـسبة غيـر الموافقين على أن المستشفى تعمل على تقديم بعض المـسابقات لزيـادة تحفيـز

المتعافين على التعافي من الإدمان حيث بلغت ١٠٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٦٠ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٧.

وبذلك نستنتج أن المستشفى تعمل على تقديم بعض المسابقات لزيادة تحفيز المتعافين على التعافي من الإدمان بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٥٠٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٦) أن أعلى نسبة موافقين على أن المستشفى تسهم في تقديم بعض برامج التوعية وأشرطة الفيديو لتعزيز السلوك الإيجابي لدى المتعافين حيث بلغت ٥٠٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما على أن المستشفى تسهم في تقديم بعض برامج التوعية وأشرطة الفيديو لتعزيز السلوك الإيجابي لدى المتعافين حيث بلغت ٣٦٪ وبلغت نسبة الغير موافقين ١٤٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٦٤ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٧٢.

وبذلك نستنتج أن المستشفى تسهم في تقديم بعض برامج التوعية وأشرطة الفيديو لتعزيز السلوك الإيجابي لدى المتعافين بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٥٠٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٧) أن أعلى نسبة موافقين إلى حد ما على أن المستشفى تقوم بعمل لقاءات لتثقيف أسر المتعافين بطرق التعامل معهم حيث بلغت ٤٢٪ وكانت نسبة الموافقين ٣٨٪ وكانت نسبة غير الموافقين على أن المستشفى تقوم بعمل لقاءات لتثقيف أسر المتعافين بطرق التعامل معهم حيث بلغت ٢٠٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٨٢ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٧٤.

وبذلك نستنتج أن المستشفى تقوم بعمل لقاءات لتثقيف أسر المتعافين بطرق التعامل معهم بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٨٠٪.

وكانت أعلى قيمة في المتوسط الحسابي العبارة التي تفيد (تقوم المستشفى بعمل لقاءات لتثقيف أسر المتعافين بطرق التعامل معهم) حيث بلغ المتوسط الحسابي ١,٨٢ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٧٤ وتلتها فقرة (تسهم المستشفى في تقديم بعض برامج التوعية وأشرطة الفيديو لتعزيز السلوك الإيجابي لدى المتعافين) حيث بلغ المتوسط الحسابي ١,٦٤ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٧٢.

وكانت أقل قيمة للمتوسط الحسابي العبارة التي تفيد (يتم عمل لقاءات بصفة مستمرة مع الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين) حيث بلغ المتوسط الحسابي ١,٤٠ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٠.

**جدول رقم (٧)**

**يوضح البرامج التعليمية المقدمة للمتعافين من إدمان المخدرات**

| العبارة | موافقة | | إلى حد ما | | غير موافق | | المتوسط | الانحراف | الترتيب |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % | ك | % | | | |
| ١- تقوم المستشفى بالتنسيق مـع بعـض الجهات لتعليم المتعافين من الإدمان. | ١٧ | ٣٤٪ | ٢١ | ٤٢٪ | ١٢ | ٢٤٪ | ١,٩٠ | ٠,٧٦ | ٤ |
| ٢- تقوم المستشفى بتقديم بعض الـدورات التدريبية على المهن والحرف . | ٢٥ | ٥٠٪ | ١٥ | ٣٠٪ | ١٠ | ٢٠٪ | ١,٧٠ | ٠,٧٨ | ٥ |
| ٣- تقديم بعض الدورات التعليمية في تعلـيم الحاسب الآلي للمتعافين . | ١٥ | ٣٠٪ | ٢٠ | ٤٠٪ | ١٥ | ٣٠٪ | ٢,٠٠ | ٠,٧٨ | ٣ |
| ٤- تقديم بعض الدروس والمحاضرات فـي تعليم اللغات للمتعافين . | ١٠ | ٢٠٪ | ٨ | ١٦٪ | ٣٢ | ٦٤٪ | ٢,٤٤ | ٠,٨١ | ٢ |
| ٥- تقدم المستشفى بعـض بـرامج تعلـيم اللغات لدى المتعافين . | ٩ | ١٨٪ | ٩ | ١٨٪ | ٣٢ | ٦٤٪ | ٢,٤٦ | ٠,٧٨ | ١ |

الجدول السابق يوضح البرامج التعليمية المقدمـة للمتعـافين مـن إدمـان المخدرات من وجهة نظر (الممارسين) حيث يتضح من الفقرة رقم (١) أن أعلـى نسبة موافقين إلى حد ما على أن المستشفى تقوم بالتنسيق مع بعض الجهات لتعليم المتعافين من الإدمان حيث بلغت ٤٢٪ وكانت نسبة الموافقين على أن المستـشفى تقوم بالتنسيق مع بعض الجهات لتعليم المتعافين من الإدمان ٣٤٪ وبلغت درجات الغير موافقين ٢٤٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٩٠ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٧٦ .

وبذلك نستنتج أن المستشفى تقوم بالتنسيق مـع بعـض الجهـات لتعلـيم المتعافين من الإدمان بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٧٦٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٢) أن أعلى نسبة موافقين على أن المستـشفى تقوم بتقديم بعض الدورات التدريبية على المهن والحرف حيث بلغت ٥٠٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما ٣٠٪ وكانت نسبة غير الموافقين علـى أن المستـشفى تقوم بتقديم بعض الدورات التدريبية على المهن والحرف حيث بلغت ٢٠٪ وقـد بلغت قيمة المتوسط ١,٧٠ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٧٨ .

وبذلك نستنتج أن المستشفى تقوم بتقديم بعض الدورات التدريبية على المهن والحرف بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٥٠٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٣) أن أعلى نسبة موافقين إلى حد ما على أن المستشفى تقدم بعض الدورات التعليمية في تعليم الحاسب الآلي للمتعافين حيث بلغت ٤٠٪ وكانت نسبة الموافقين ٣٠٪ وكانت نسبة غير الموافقين على أن المستشفى تقدم بعض الدورات التعليمية في تعليم الحاسب الآلي للمتعافين حيث بلغت ٣٠٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ٢,٠٠ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٧٨ .

وبذلك نستنتج أن المستشفى تقدم بعض الدورات التعليمية في تعليم الحاسب الآلي للمتعافين بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٧٠٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٤) أن أعلى نسبة غير موافقين على أن المستشفى تقدم بعض الدروس والمحاضرات في تعليم اللغات للمتعافين حيث بلغت ٦٤٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما ٣٢٪ وكانت نسبة هم موافقين على أن المستشفى تقدم بعض الدروس والمحاضرات في تعليم اللغات للمتعافين حيث بلغت ٢٠٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ٢,٦٤ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٩.

وبذلك نستنتج أن المستشفى لا تقدم بعض الدروس والمحاضرات في تعليم اللغات للمتعافين بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٦٤٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٥) أن أعلى نسبة غير موافقين على أن المستشفى تقدم بعض برامج تعليم اللغات لدى المتعافين حيث بلغت ٦٤٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما متساوية مع الموافقين حيث بلغت ١٨٪ لكل منهم على أن المستشفى تقدم بعض برامج تعليم اللغات لدى المتعافين وقد بلغت قيمة المتوسط ٢,٤٤ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٨١.

وبذلك نستنتج أن المستشفى لا تقدم بعض برامج تعليم اللغات لدى المتعافين بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٦٤٪.

وكانت أعلى قيمة في المتوسط الحسابي العبارة التي تفيد (تقدم المستشفى بعض برامج تعليم اللغات لدى المتعافين) حيث بلغ المتوسط الحسابي ٢,٤٦ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٧٨ وتلتها فقرة (تقديم بعض الدروس والمحاضرات في

تعليم اللغات للمتعافين) حيث بلغ المتوسط الحسابي ٢,٤٤ وبلغت قيمة الانحـراف ٠,٨١.

وكانت أقل قيمة للمتوسط الحسابي العبارة التي تفيد (تقوم المستشفى بتقديم بعض الدورات التدريبية على المهن والحرف) حيث بلغ المتوسط الحسابي ١,٧٠ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٧٨ .

**جدول رقم (٨)**

**يوضح برامج الوعظ والإرشاد المقدمة للمتعافين من إدمان المخدرات**

| العبارة | موافقة | | إلى حد ما | | غير موافق | | المتوسط | الانحراف | الترتيب |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % | ك | % | | | |
| ١- تقوم المستشفى بتوفير الوعاظ وعلماء الدين للتوعية بأضرار المخدرات من خلال محاضرات يتم إلقاءها على المتعافين. | ٢٩ | ٥٨٪ | ٢٠ | ٤٠٪ | ١ | ٢٪ | ١,٤٤ | ٠,٥٤ | ٥ |
| ٢- تقدم المستشفى بعض حلقات تحفيظ القرآن الكريم والذكر للحد من العود المتعافي إلى الإدمان. | ٢٥ | ٥٠٪ | ١٥ | ٣٠٪ | ١٠ | ٢٠٪ | ١,٧٠ | ٠,٧٨ | ٤ |
| ٣- تقوم بعمل المسابقات الدينية وتمنح جوائز للفائزين من المتعافين. | ٢٠ | ٤٠٪ | ٢٤ | ٤٨٪ | ٦ | ١٢٪ | ١,٧٢ | ٠,٦٧ | ٢ |
| ٤- تقدم المستشفى كتيبات لتقوية الوازع الديني لدى المتعافين للحد من عودهم إلى الإدمان . | ٢٠ | ٤٠٪ | ٢٤ | ٤٨٪ | ٦ | ١٢٪ | ١,٧٢ | ٠,٦٧ | ٣ |
| ٥- تقدم المستشفى بعض الأقراص المدمجة لقصص الأنبياء لتوعية وتثقيف المتعافين . | ١١ | ٢٢٪ | ١٦ | ٣٢٪ | ٢٣ | ٤٦٪ | ٢,٢٤ | ٠,٧٩ | ١ |

الجدول السابق يوضح برامج الوعظ والإرشاد المقدمة للمتعافين من إدمان المخدرات من وجهة نظر (الممارسين) حيث يتضح من الفقرة رقم (١) أن أعلى نسبة موافقين على أن المستشفى تقوم بتوفير الوعظ وعلماء الدين للتوعية بأضرار المخدرات من خلال محاضرات يتم إلقاءها على المتعافين حيث بلغت ٥٨٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما ٤٠٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن المستشفى تقوم بتوفير الوعظ وعلماء الدين للتوعية بأضرار المخدرات من خلال محاضرات يتم إلقاءها على المتعافين بلغت ٢٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٤٤ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٥٤.

وبذلك نستنتج أن المستشفى تقوم بتوفير الوعظ وعلماء الدين للتوعية بأضرار المخدرات من خلال محاضرات يتم إلقاءها على المتعافين بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٩٨٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٢) أن أعلى نسبة موافقين على أن المستشفى تقدم بعض حلقات تحفيظ القرآن الكريم والذكر للحد من عود المتعافي إلى الإدمان حيث بلغت ٥٠٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما ٣٠٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن المستشفى تقدم بعض حلقات تحفيظ القرآن الكريم والذكر للحد من عود المتعافي إلى الإدمان بلغت ٢٠٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٧٠ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٧٨.

وبذلك نستنتج أن المستشفى تقدم بعض حلقات تحفيظ القرآن الكريم والذكر للحد من عود المتعافي إلى الإدمان بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٥٠٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٣) أن أعلى نسبة موافقين إلى حد ما على أن المستشفى تقوم بعمل المسابقات الدينية وتمنح جوائز للفائزين من المتعافين حيث بلغت ٤٨٪ وكانت نسبة الموافقين ٤٢٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن المستشفى تقوم بعمل المسابقات الدينية وتمنح جوائز للفائزين من المتعافين بلغت ١٢٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٧٢ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٧.

وبذلك نستنتج أن المستشفى تقوم بعمل المسابقات الدينية وتمنح جوائز للفائزين من المتعافين بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٨٨٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٤) أن أعلى نسبة موافقين إلى حد ما على أن المستشفى تقدم كتيبات لتقوية الوازع الديني لدى المتعافين للحد من عودهم إلى الإدمان حيث بلغت ٤٨٪ وكانت نسبة الموافقين ٤٠٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن المستشفى تقدم كتيبات لتقوية الوازع الديني لدى المتعافين للحد من عودهم إلى الإدمان بلغت ١٢٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٧٢ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٧.

وبذلك نستنتج أن المستشفى تقدم كتيبات لتقوية الوازع الديني لدى المتعافين للحد من عودهم إلى الإدمان بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٨٨٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٥) أن أعلى نسبة غير موافقين على أن المستشفى تقدم بعض الأقراص المدمجة لقصص الأنبياء لتوعية وتثقيف المتعافين حيث بلغت ٤٦٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما ٣٢٪ بينما كانت نسبة الموافقين على أن المستشفى تقدم بعض الأقراص المدمجة لقصص الأنبياء لتوعية وتثقيف المتعافين بلغت ٢٢٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ٢,٢٤ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٧٩.

وبذلك نستنتج أن المستشفى لا تقدم بعض الأقراص المدمجة لقصص الأنبياء لتوعية وتثقيف المتعافين بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٤٦٪.

وكانت أعلى قيمة في المتوسط الحسابي العبارة التي تفيد (تقدم المستشفى بعض الأقراص المدمجة لقصص الأنبياء لتوعية وتثقيف المتعافين) حيث بلغ المتوسط الحسابي ٢,٢٤ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٧٩ وتلتها فقرة (تقوم بعمل المسابقات الدينية وتمنح جوائز للفائزين من المتعافين) حيث بلغ المتوسط الحسابي ١,٧٢ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٧.

وكانت أقل قيمة للمتوسط الحسابي العبارة التي تفيد (تقوم المستشفى بتوفير الوعاظ وعلماء الدين للتوعية بأضرار المخدرات من خلال محاضرات يتم إلقاءها على المتعافين) حيث بلغ المتوسط الحسابي ١,٤٤ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٥٤.

**جدول رقم (٩)**

**يوضح البرامج الرياضية المقدمة للمتعافين من إدمان المخدرات**

| العبارة | موافقة | | إلى حد ما | | غير موافق | | المتوسط | الانحراف | الترتيب |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % | ك | % | | | |
| **١- تحفز المستشفى لممارسة الأنشطة الرياضية .** | ٣٣ | ٪٦٦ | ١٥ | ٪٣٠ | ٢ | ٪٤ | ١,٣٨ | ٠,٥٦ | ٤ |
| **٢- توفر المستشفى المدربين الرياضيين لتدريب المتعافين على الألعاب المختلفة .** | ٢٥ | ٪٥٠ | ١٨ | ٪٣٦ | ٧ | ٪١٤ | ١,٦٤ | ٠,٧٢ | ٢ |
| **٣- توفر المستشفى الأماكن الملائمة لممارسة الأنشطة الرياضية للمتعافين.** | ٢٧ | ٪٥٤ | ١٨ | ٪٣٦ | ٥ | ٪١٠ | ١,٥٦ | ٠,٦٧ | ٣ |
| **٤- تنظم المستشفى دورات رياضية للمتعافين من الإدمان.** | ٢٠ | ٪٤٠ | ١٨ | ٪٣٦ | ١٢ | ٪٢٤ | ١,٨٤ | ٠,٧٩ | ١ |

الجدول السابق يوضح البرامج الرياضية المقدمة للمتعافين من إدمان المخدرات من وجهة نظر (الممارسين) حيث يتضح من الفقرة رقم (١) أن أعلى نسبة موافقين على أن المستشفى تحفز لممارسة الأنشطة الرياضية حيث بلغت ٦٦٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما ٣٠٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن المستشفى تحفز لممارسة الأنشطة الرياضية بلغت ٤٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٣٨ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٥٦ .

وبذلك نستنتج أن المستشفى تحفز لممارسة الأنشطة الرياضية بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٦٦٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٢) أن أعلى نسبة موافقين على أن المستشفى توفر المدربين الرياضيين لتدريب المتعافين على الألعاب المختلفة حيث بلغت ٥٠٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما ٣٦٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن المستشفى توفر المدربين الرياضيين لتدريب المتعافين على الألعاب المختلفة بلغت ١٤٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٦٤ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٧٢ .

وبذلك نستنتج أن المستشفى توفر المدربين الرياضيين لتدريب المتعافين على الألعاب المختلفة بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٥٠٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٣) أن أعلى نسبة موافقين على أن المستشفى توفر الأماكن الملائمة لممارسة الأنشطة الرياضية للمتعافين حيث بلغت ٥٤٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما على أن المستشفى توفر الأماكن الملائمة لممارسة الأنشطة الرياضية للمتعافين حيث بلغت ٣٦٪ وقد بلغت نسبة غير الموافقين ١٠٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٥٦ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٧.

وبذلك نستنتج أن المستشفى توفر الأماكن الملائمة لممارسة الأنشطة الرياضية للمتعافين بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٥٤٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٤) أن أعلى نسبة موافقين على أن المستشفى تنظم دورات رياضية للمتعافين من الإدمان حيث بلغت ٤٠٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما ٣٦٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن المستشفى تنظم دورات رياضية للمتعافين من الإدمان بلغت ٢٤٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٨٤ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٧٩.

وبذلك نستنتج أن المستشفى تنظم دورات رياضية للمتعافين من الإدمان بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٧٦٪.

وكانت أعلى قيمة في المتوسط الحسابي العبارة التي تفيد (تنظم المستشفى دورات رياضية للمتعافين من الإدمان) حيث بلغ المتوسط الحسابي ١,٨٤ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٧٩ وتلتها فقرة (توفر المستشفى المدربين الرياضيين لتدريب المتعافين على الألعاب المختلفة) حيث بلغ المتوسط الحسابي ١,٦٤ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٧٢.

وكانت أقل قيمة للمتوسط الحسابي العبارة التي تفيد (تحفز المستشفى لممارسة الأنشطة الرياضية) حيث بلغ المتوسط الحسابي ١,٣٨ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٥٦.

**جدول رقم (١٠)**

**يوضح برامج إعادة بناء الجانب العقلي والمعرفي المقدمة للمتعافين من إدمان المخدرات**

| العبارة | موافقة | | إلى حد ما | | غير موافق | | المتوسط | الانحراف | الترتيب |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % | ك | % | | | |
| **١- تؤصل المستشفى مبدأ التائب من الذنب كمن لا ذنب له في نفوس المتعافين.** | ٣٢ | ٦٤٪ | ١٤ | ٢٨٪ | ٤ | ٨٪ | ١,٤٤ | ٠,٦٤ | ٣ |
| **٢- تقوم المستشفى بتنمية مهارات التفكير لدى المتعافين.** | ٢٧ | ٥٤٪ | ١٨ | ٣٦٪ | ٥ | ١٠٪ | ١,٥٦ | ٠,٦٧ | ١ |
| **٣- مساعدة المتعافين في تجاوز المواقف السلبية .** | ٢٩ | ٥٨٪ | ١٧ | ٣٤٪ | ٤ | ٨٪ | ١,٥٠ | ٠,٦٤ | ٢ |
| **٤- مساعدة المتعافين على تعزيز السلوكيات الإيجابية.** | ٣٣ | ٦٦٪ | ١٥ | ٣٠٪ | ٢ | ٤٪ | ١,٣٨ | ٠,٥٦ | ٤ |

الجدول السابق يوضح برامج إعادة بناء الجانب العقلي والمعرفي المقدمة للمتعافين من إدمان المخدرات من وجهة نظر (الممارسين) حيث يتضح من الفقرة رقم (١) أن أعلى نسبة موافقين على أن المستشفى تؤصل مبدأ التائب من الذنب كمن لا ذنب له في نفوس المتعافين حيث بلغت ٦٤٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما حيث بلغت ٢٨٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن المستشفى تؤصل مبدأ التائب من الذنب كمن لا ذنب له في نفوس المتعافين بلغت ٨٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٤٤ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٤.

وبذلك نستنتج أن المستشفى تؤصل مبدأ التائب من الذنب كمن لا ذنب له في نفوس المتعافين بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٦٤٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٢) أن أعلى نسبة موافقين على أن المستشفى تقوم بتنمية مهارات التفكير لدى المتعافين حيث بلغت ٥٤٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما ٣٦٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن المستشفى تقوم بتنمية مهارات التفكير لدى المتعافين بلغت ١٠٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٥٦ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٧.

وبذلك نستنتج أن المستشفى تقوم بتنمية مهارات التفكير لدى المتعافين بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٥٤٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٣) أن أعلى نسبة موافقين على أن المستشفى تقوم بمساعدة المتعافين في تجاوز المواقف السلبية مثل النظرة الدونية للمجتمع حيث بلغت ٥٨٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما ٣٤٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن المستشفى تقوم بمساعدة المتعافين في تجاوز المواقف السلبية بلغت ٨٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٥٠ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٤.

وبذلك نستنتج أن المستشفى تقوم بمساعدة المتعافين في تجاوز المواقف السلبية بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٥٨٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٤) أن أعلى نسبة موافقين على أن المستشفى تقوم بمساعدة المتعافين في تعزيز السلوكيات الإيجابية حيث بلغت ٦٦٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما ٣٠٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن المستشفى تقوم بمساعدة المتعافين في تعزيز السلوكيات الإيجابية بلغت ٤٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٣٨ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٥٦.

وبذلك نستنتج أن المستشفى تقوم بمساعدة المتعافين في تعزيز السلوكيات الإيجابية بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٦٦٪.

وكانت أعلى قيمة في المتوسط الحسابي العبارة التي تفيد (تقوم المستشفى بتنمية مهارات التفكير لدى المتعافين) حيث بلغ المتوسط الحسابي ١,٥٦ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٧ وتلتها فقرة (مساعدة المتعافين في تجاوز المواقف السلبية) حيث بلغ المتوسط الحسابي ١,٥٠ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٤.

وكانت أقل قيمة للمتوسط الحسابي العبارة التي تفيد (مساعدة المتعافين على تعزيز السلوكيات الإيجابية) حيث بلغ المتوسط الحسابي ١,٣٨ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٥٦.

**جدول رقم (١١)**

**يوضح البرامج الاقتصادية المقدمة للمتعافين من إدمان المخدرات**

| العبارة | موافقة | | إلى حد ما | | غير موافق | | المتوسط | الانحراف | الترتيب |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % | ك | % | | | |
| **١- تقوم المستشفى بالتنسيق مع الجهات المختلفة لتوفير دعم مادي للمتعافين .** | ٢١ | ٤٢٪ | ٢٣ | ٤٦٪ | ٦ | ١٢٪ | ١,٧٠ | ٠,٦٧ | ٤ |
| **٢- تقوم المستشفى بمساعدة المتعافين في الحصول على وظائف في مؤسسات خاصة وحكومية .** | ١٦ | ٣٢٪ | ٢٨ | ٥٦٪ | ٦ | ١٢٪ | ١,٨٠ | ٠,٦٣ | ٢ |
| **٣- تساعد جمعية أصدقاء المرضى المتعافين عن طريق الدعم المادي .** | ٢٦ | ٥٢٪ | ١٤ | ٢٨٪ | ١٠ | ٢٠٪ | ١,٦٨ | ٠,٧٩ | ٥ |
| **٤- تقوم المستشفى بالتنسيق مع بعض مراكز التدريب لتدريب المتعافين وتأهيلهم لسوق العمل.** | ٢٢ | ٤٤٪ | ١٨ | ٣٦٪ | ١٠ | ٢٠٪ | ١,٧٦ | ٠,٧٧ | ٣ |
| **٥- تنسق المستشفى مع القطاع الخاص بإيجاد بعض الوظائف للمتعافين.** | ٢٠ | ٤٠٪ | ١٧ | ٣٤٪ | ١٣ | ٢٦٪ | ١,٨٦ | ٠,٨٠ | ١ |

الجدول السابق يوضح البرامج الاقتصادية المقدمة للمتعافين من إدمان المخدرات من وجهة نظر (الممارسين) حيث يتضح من الفقرة رقم (١) أن أعلى نسبة موافقين إلى حد ما على أن المستشفى تقوم بالتنسيق مع الجهات المختلفة لتوفير دعم مادي للمتعافين حيث بلغت ٤٦٪ وكانت نسبة الموافقين حيث بلغت ٤٢٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن المستشفى تقوم بالتنسيق مع الجهات المختلفة لتوفير دعم مادي للمتعافين بلغت ١٢٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٧٠ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٧.

وبذلك نستنتج أن المستشفى تقوم بالتنسيق مع الجهات المختلفة لتوفير دعم مادي للمتعافين بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٨٨٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٢) أن أعلى نسبة موافقين إلى حد ما على أن المستشفى تقوم بمساعدة المتعافين في الحصول على وظائف في مؤسسات خاصة وحكومية حيث بلغت ٥٦٪ وكانت نسبة الموافقين بلغت ٣٢٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن المستشفى تقوم بمساعدة المتعافين في الحصول على

وظائف في مؤسسات خاصة وحكومية بلغت ١٢٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٨٠ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٣.

وبذلك نستنتج أن المستشفى تقوم بمساعدة المتعافين في الحصول على وظائف في مؤسسات خاصة وحكومية بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٨٨٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٣) أن أعلى نسبة موافقين على أن جمعية أصدقاء المرضى المتعافين تساعد المستشفى عن طريق الدعم المادي حيث بلغت ٥٢٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما بلغت ٢٨٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن جمعية أصدقاء المرضى المتعافين تساعد المستشفى عن طريق الدعم المادي بلغت ٢٠٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٦٨ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٧٩.

وبذلك نستنتج أن جمعية أصدقاء المرضى المتعافين تساعد المستشفى عن طريق الدعم المادي بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٥٢٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٤) أن أعلى نسبة موافقين على أن المستشفى تقوم بالتنسيق مع بعض مراكز التدريب لتدريب المتعافين وتأهيلهم لسوق العمل حيث بلغت ٤٤٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما بلغت ٣٦٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن المستشفى تقوم بالتنسيق مع بعض مراكز التدريب لتدريب المتعافين وتأهيلهم لسوق العمل بلغت ٢٠٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٧٦ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٧٧.

وبذلك نستنتج أن المستشفى تقوم بالتنسيق مع بعض مراكز التدريب لتدريب المتعافين وتأهيلهم لسوق العمل بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٨٠٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٥) أن أعلى نسبة موافقين على أن المستشفى تنسق مع القطاع الخاص بإيجاد بعض الوظائف للمتعافين حيث بلغت ٤٠٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما حيث بلغت ٣٤٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن المستشفى تنسق مع القطاع الخاص بإيجاد بعض الوظائف للمتعافين بلغت ٢٦٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٨٦ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٨٠.

وبذلك نستنتج أن المستشفى تنسق مع القطـاع الخـاص بإيجـاد بعـض الوظائف للمتعافين بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٧٨٪.

وكانت أعلى قيمة في المتوسط الحسابي العبارة التي تفيد (تنسق المستشفى مع القطاع الخاص بإيجاد بعض الوظائف للمتعافين) حيث بلغ المتوسط الحـسابي ١,٨٦ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٨٠ وتلتها فقرة (تقوم المستشفى بمساعدة المتعافين في الحصول على وظائف في مؤسسات خاصة وحكومية) حيث بلـغ المتوسـط الحسابي ١,٨٠ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٣.

وكانت أقل قيمة للمتوسط الحسابي العبارة التي تفيد (تساعد جمعية أصدقاء المرضى المتعافين عن طريق الدعم المادي) حيث بلغ المتوسط الحـسابي ١,٦٨ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٧٩ .

جدول رقم (١٢)
يوضح البرامج النفسية المقدمة للمتعافين من إدمان المخدرات

| العبارة | موافقة | | إلى حد ما | | غير موافق | | المتوسط | الانحراف | الترتيب |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % | ك | % | | | |
| ١- تقوم المستشفى بتقديم برامج بناء الثقة في نفس المتعافين. | ٣٤ | ٦٨٪ | ١٤ | ٢٨٪ | ٢ | ٤٪ | ١,٣٦ | ٠,٥٦ | ٤ |
| ٢- تقدم المستشفى بعض المحاضرات لأطباء نفسيين للمتعافين من الإدمان. | ٢٧ | ٥٤٪ | ١٨ | ٣٦٪ | ٥ | ١٠٪ | ١,٥٦ | ٠,٦٧ | ٢ |
| ٣- تبحث المستشفى عوامل العود للإدمان وتقوم بدراسة وإيجاد الحلول لها. | ١٩ | ٣٨٪ | ٢١ | ٤٢٪ | ١٠ | ٢٠٪ | ١,٨٢ | ٠,٧٤ | ١ |
| ٤- تضع المستشفى البرامج التي تساعد المتعافين لعدم العودة للتعاطي. | ٢٨ | ٥٦٪ | ١٧ | ٣٤٪ | ٥ | ١٠٪ | ١,٥٤ | ٠,٦٧ | ٣ |

الجدول السابق يوضح البرامج النفسية المقدمة للمتعافين من إدمان المخدرات من وجهة نظر (الممارسين) حيث يتضح من الفقرة رقم (١) أن أعلى نسبة موافقين على أن المستشفى تقوم بتقديم برامج بناء الثقة في نفس المتعافين حيث بلغت ٦٨٪ وكانت نسبة الموافقين بلغت ٢٨٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن المستشفى تقوم بتقديم برامج بناء الثقة في نفس المتعافين بلغت ٤٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٣٦ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٥٦.

وبذلك نستنتج أن المستشفى تقوم بتقديم برامج بناء الثقة في نفس المتعافين بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٦٨٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٢) أن أعلى نسبة موافقين على أن المستشفى تقدم بعض المحاضرات لأطباء نفسيين للمتعافين من الإدمان حيث بلغت ٥٤٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما حيث بلغت ٣٦٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن المستشفى تقدم بعض المحاضرات لأطباء نفسيين للمتعافين من الإدمان بلغت ١٠٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٥٦ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٧.

وبذلك نستنتج أن المستشفى تقدم بعض المحاضرات لأطباء نفسيين للمتعافين من الإدمان بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٥٤٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٣) أن أعلى نسبة موافقين إلى حد ما علـى أن المستشفى تبحث عوامل العود للإدمان وتقوم بدراسة وإيجاد الحلول لهـا حيـث بلغت ٤٢٪ وكانت نسبة الموافقين بلغت ٣٨٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن المستشفى تبحث عوامل العود للإدمان وتقوم بدراسة وإيجاد الحلول لها بلغـت ٢٠٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٨٢ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٧٤.

وبذلك نستنتج أن المستشفى تبحث عوامل العود للإدمان وتقـوم بدراسـة وإيجاد الحلول لها بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٨٠٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٤) أن أعلى نسبة موافقين على أن المستـشفى تضع البرامج التي تساعد المتعافين لعدم العودة للتعاطي حيث بلغت ٥٦٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما على أن المستشفى تضع البرامج التي تساعد المتعـافين لعدم العودة للتعاطي حيث بلغت ٣٤٪ وكانت نسبة غير الموافقين ١٠٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٥٤ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٧.

وبذلك نستنتج أن المستشفى تضع البرامج التي تساعد المتعافين لعدم العودة للتعاطي بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٥٦٪.

وكانت أعلى قيمة في المتوسط الحسابي العبارة التي تفيد (تبحث المستشفى عوامل العود للإدمان وتقوم بدراسة وإيجاد الحلول لهـا) حيـث بلـغ المتوسـط الحسابي ١,٨٢ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٧٤ وتلتها فقرة (تقدم المستشفى بعـض المحاضرات لأطباء نفسيين للمتعافين من الإدمان) حيث بلغ المتوسـط الحـسابي ١,٥٦ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٧.

وكانت أقل قيمة للمتوسط الحسابي العبارة التي تفيد (تقوم المستشفى بتقديم برامج بناء الثقة في نفس المتعافين) حيث بلغ المتوسط الحسابي ١,٣٦ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٥٦.

جدول رقم (١٣)

يوضح دور البرامج الحالية للرعاية اللاحقة للمتعافين من إدمان وتعاطي المخدرات في الحد من عودتهم إلى التعاطي

| العبارة | تتحقق | | إلى حد ما | | لا تتحقق | | المتوسط | الانحراف | الترتيب |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % | ك | % | | | |
| ١- تسهم البرامج النفسية على وضعها الحالي في بناء شخصية المتعافي وتدفعه إلى تحمل المسؤولية . | ٢١ | ٤٢٪ | ٢٧ | ٥٤٪ | ٢ | ٤٪ | ١,٦٢ | ٠,٥٦ | ٦ |
| ٢- تسهم البرامج النفسية في توفير الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية والتأهيلية اللازمة للمتعافي. | ٢٦ | ٥٢٪ | ٢٢ | ٤٤٪ | ٢ | ٤٪ | ١,٥٢ | ٠,٥٧ | ١٧ |
| ٣- تسهم البرامج في توفير الدعم النفسي والاجتماعي للمتعافي وأسرته. | ٢٧ | ٥٤٪ | ٢١ | ٤٢٪ | ٢ | ٤٪ | ١,٥٠ | ٠,٥٨ | ١٨ |
| ٤- تسهم البرامج المقدمة في مساعدة المتعافي وأسرته في فهم المشكلات التي يمكن أن تواجههم بعد الخروج وإكسابهم المهارات اللازمة للتعامل معها. | ٢٥ | ٥٠٪ | ٢٢ | ٤٤٪ | ٣ | ٦٪ | ١,٥٦ | ٠,٦١ | ١٢ |
| ٥- تسهم البرامج المقدمة في مساعدة المتعافي وأسرته وتوجيههم بشأن التكيف مع الأوضاع والأدوار الجديدة. | ٢٢ | ٤٤٪ | ٢٦ | ٥٢٪ | ٢ | ٤٪ | ١,٦٠ | ٠,٥٧ | ٩ |
| ٦- تسهم البرامج التي تقدم للمتعافين في مساعدتهم بالحصول على الخدمات المجتمعية. | ٢٣ | ٤٦٪ | ٢٠ | ٤٠٪ | ٧ | ١٤٪ | ١,٦٨ | ٠,٧١ | ٢ |
| ٧- تساهم البرامج الدينية في مساعدة المدمن المتعافي على تقوية صلته بالله عز وجل. | ٢٩ | ٥٨٪ | ١٣ | ٢٦٪ | ٨ | ١٦٪ | ١,٥٨ | ٠,٧٥ | ١٠ |
| ٨- تساعد البرامج المدمن المتعافي للاعتماد على نفسه وتحمل المسؤولية. | ٢٧ | ٥٤٪ | ١٨ | ٣٦٪ | ٥ | ١٠٪ | ١,٥٦ | ٠,٦٧ | ١٣ |
| ٩- تساعد البرامج التي تقدم للمتعافين على تكوين علاقات إيجابية جديدة مع المحيطين به. | ٢٨ | ٥٦٪ | ١٧ | ٣٤٪ | ٥ | ١٠٪ | ١,٥٤ | ٠,٦٧ | ١٥ |
| ١٠- تساعد البرامج التي تقدم للمتعافي على التخطيط لشغل أوقات الفراغ واستغلالها بطريقة بناءة. | ٢٨ | ٥٦٪ | ١٦ | ٣٢٪ | ٦ | ١٢٪ | ١,٥٦ | ٠,٧٠ | ١٤ |
| ١١- تساهم البرامج في مساعدة المدمن المتعافي على إثبات ذاته وتقبل نفسه. | ٣٠ | ٦٠٪ | ١٥ | ٣٠٪ | ٥ | ١٠٪ | ١,٥٠ | ٠,٦٧ | ١٩ |

| العبارة | تتحقق | | إلى حد ما | | لا تتحقق | | المتوسط | الانحراف | الترتيب |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % | ك | % | | | |
| **١٢- تساعد البرامج المقدمة المدمن المتعافي على التعامل مع بعض المشكلات التي قد يواجهها خلال فترة التعافي** | ٢٤ | ٤٨٪ | ٢٣ | ٤٦٪ | ٣ | ٦٪ | ١,٥٨ | ٠,٦٠ | ١١ |
| **١٣- تساعد البرامج المقدمة المتعافي على تحسين علاقاته الأسرية.** | ٢٧ | ٥٤٪ | ١٩ | ٣٨٪ | ٤ | ٨٪ | ١,٥٤ | ٠,٦٤ | ١٦ |
| **١٤- تساعد البرامج المقدمة للمتعافين في توفير الأعمال المناسبة.** | ١٦ | ٣٢٪ | ٢٥ | ٥٠٪ | ٩ | ١٨٪ | ١,٨٦ | ٠,٧٠ | ١ |
| **١٥- تسهم البرامج في تعزيز قدرة المدمن المتعافي على مواجهة المواقف الصعبة .** | ٢٤ | ٤٨٪ | ٢٠ | ٤٠٪ | ٦ | ١٢٪ | ١,٦٤ | ٠,٦٩ | ٤ |
| **١٦- تساعد البرامج التي تقدم للمتعافين في اتخاذ القرارات المناسبة.** | ٢٣ | ٤٦٪ | ٢٣ | ٤٦٪ | ٤ | ٨٪ | ١,٦٢ | ٠,٦٣ | ٧ |
| **١٧- تسهم البرامج المقدمة بتوعية المجتمع بتقبل المدمن المتعافي** | ٢٣ | ٤٦٪ | ٢١ | ٤٢٪ | ٦ | ١٢٪ | ١,٦٦ | ٠,٦٨ | ٣ |
| **١٨- تساعد البرامج التي تقدم للمتعافين في تنمية السلوك الإيجابي للمدمن المتعافي .** | ٢٤ | ٤٨٪ | ٢٠ | ٤٠٪ | ٦ | ١٢٪ | ١,٦٤ | ٠,٦٩ | ٥ |
| **١٩- تساعد البرامج المقدمة في تنمية مهارات المدمن المتعافي وتأهيله لمواجهة الحياة .** | ٢٥ | ٥٠٪ | ١٩ | ٣٨٪ | ٦ | ١٢٪ | ١,٦٢ | ٠,٦٩ | ٨ |

الجدول السابق يوضح دور البرامج الحالية للرعاية اللاحقة للمتعافين من إدمان وتعاطي المخدرات في الحد من عودتهم إلى التعاطي من وجهة نظر (الممارسين) حيث يتضح من الفقرة رقم (١) أن أعلى نسبة موافقين إلى حد ما على أن البرامج النفسية على وضعها الحالي تسهم في بناء شخصية المتعافي وتدفعهم إلى تحمل المسؤولية حيث بلغت ٥٤٪ وكانت نسبة الموافقين حيث بلغت ٤٢٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن البرامج النفسية على وضعها الحالي تسهم في بناء شخصية المتعافي وتدفعهم إلى تحمل المسؤولية بلغت ٤٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٦٢ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٥٦ .

وبذلك نستنتج أن البرامج النفسية على وضعها الحالي تـسهم فـي بنـاء شخصية المتعافي وتدفعهم إلى تحمل المسؤولية بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٩٦٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٢) أن أعلى نسبة موافقين علـى أن البـرامج النفسية تسهم في توفير الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية والتأهيليـة اللازمـة للمتعافي حيث بلغت ٥٢٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما بلغـت ٤٤٪ بينمـا كانت نسبة غير الموافقين على أن البرامج النفسية تسهم في توفير الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية والتأهيلية اللازمة للمتعافي بلغـت ٤٪ وقـد بلغـت قيمـة المتوسط ١,٥٢ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٥٧ .

وبذلك نستنتج أن البرامج النفسية تسهم في توفير الرعاية الطبية والنفـسية والاجتماعية والتأهيلية اللازمة للمتعافي بدليل أن إجمالي درجات الموافقـة علـى ذلك بلغت ٥٢٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٣) أن أعلى نسبة موافقين علـى أن البـرامج تسهم في توفير الدعم النفسي والاجتماعي للمتعافي وأسـرته حيـث بلغـت ٥٤٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما بلغت ٤٤٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن البرامج تسهم في توفير الدعم النفسي والاجتماعي للمتعافي وأسرته بلغـت ٤٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٥٠ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٥٨ .

وبذلك نستنتج أن البرامج تسهم في تـوفير الـدعم النفـسي والاجتمـاعي للمتعافي وأسرته بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٥٠٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٤) أن أعلى نسبة موافقين علـى أن البـرامج المقدمة تسهم في مساعدة المتعافي وأسرته في فهم المـشكلات التـي يمكـن أن تواجههم بعد الخروج وإكسابهم المهارات اللازمة للتعامل معها حيث بلغـت ٥٠٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما بلغت ٤٤٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن البرامج المقدمة تسهم في مساعدة المتعافي وأسرته في فهم المـشكلات التـي يمكن أن تواجههم بعد الخروج وإكسابهم المهارات اللازمة للتعامل معها بلغت ٦٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٥٦ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦١ .

وبذلك نستنتج أن البرامج المقدمة تسهم في مساعدة المتعافي وأسرته في فهم المشكلات التي يمكن أن تواجههم بعد الخروج وإكسابهم المهارات اللازمة للتعامل معها بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٥٠٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٥) أن أعلى نسبة موافقين إلى حد ما على أن البرامج المقدمة تسهم في مساعدة المتعافي وأسرته وتوجيههم بشأن التكيف مع الأوضاع والأدوار الجديدة حيث بلغت ٥٢٪ وكانت نسبة الموافقين بلغت ٤٤٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن البرامج المقدمة تسهم في مساعدة المتعافي وأسرته وتوجيههم بشأن التكيف مع الأوضاع والأدوار الجديدة بلغت ٤٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٦٠ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٥٧.

وبذلك نستنتج أن البرامج المقدمة تسهم في مساعدة المتعافي وأسرته وتوجيههم بشأن التكيف مع الأوضاع والأدوار الجديدة بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٩٦٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٦) أن أعلى نسبة موافقين على أن البرامج التي تقدم للمتعافين تسهم في مساعدتهم بالحصول على الخدمات المجتمعية حيث بلغت ٤٦٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما حيث بلغت ٤٠٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن البرامج التي تقدم للمتعافين تسهم في مساعدتهم بالحصول على الخدمات المجتمعية بلغت ١٤٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٦٨ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٧١.

وبذلك نستنتج أن البرامج التي تقدم للمتعافين تسهم في مساعدتهم بالحصول على الخدمات المجتمعية بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٨٦٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٧) أن أعلى نسبة موافقين على أن البرامج الدينية تساهم في مساعدة المدمن المتعافي على تقوية صلته بالله عز وجل حيث بلغت ٥٨٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما بلغت ٢٦٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن البرامج الدينية تساهم في مساعدة المدمن المتعافي على تقوية صلته بالله عز وجل بلغت ١٦٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٥٨ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٧٥.

وبذلك نستنتج أن البرامج الدينية تساهم في مساعدة المدمن المتعافي علـى تقوية صلته بالله عز وجل بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٨٤٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٨) أن أعلى نسبة موافقين علـى أن البـرامج تساعد المدمن المتعافي للاعتماد على نفسه وتحمل المسؤولية حيـث بلغـت ٥٤٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما بلغت ٣٦٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن البرامج تساعد المدمن المتعافي للاعتماد على نفسه وتحمل المـسؤولية بلغـت ١٠٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٥٦ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٧ .

وبذلك نستنتج أن البرامج تساعد المدمن المتعافي للاعتمـاد علـى نفـسه وتحمل المسؤولية بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٥٤٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٩) أن أعلى نسبة موافقين على أن البرامج التي تقدم للمتعافين تساعد على تكوين علاقات إيجابية جديدة مع المحيطين بـه حيـث بلغت ٥٦٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما بلغت ٣٢٪ بينما كانت نـسبة غيـر الموافقين على أن البرامج التي تقدم للمتعافين تساعد على تكوين علاقات إيجابيـة جديدة مع المحيطين به بلغت ١٠٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٥٦ وبلغـت قيمـة الانحراف ٠,٧٠ .

وبذلك نستنتج أن البرامج التي تقدم للمتعافين تساعد على تكوين علاقـات إيجابية جديدة مع المحيطين به بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغـت ٥٦٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (١٠) أن أعلى نسبة موافقين علـى أن البـرامج التي تقدم للمتعافي تساعد على التخطيط لشغل أوقات الفراغ واستغلالها بطريقـة بناءة حيث بلغت ٥٦٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما بلغت ٣٢٪ بينما كانـت نسبة غير الموافقين على أن البرامج التي تقدم للمتعافي تساعد على التخطيط لشغل أوقات الفراغ واستغلالها بطريقة بناءة بلغت ١٢٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٥٦ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٧٠ .

وبذلك نستنتج أن البرامج التي تقدم للمتعافي تساعد على التخطـيط لـشغل أوقات الفراغ واستغلالها بطريقة بناءة بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٥٦٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (١١) أن أعلى نسبة موافقين علـى أن البـرامج تساهم في مساعدة المدمن المتعافي على إثبات ذاته وتقبل نفسه حيث بلغـت ٦٠٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما بلغت ٣٠٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن البرامج تساهم في مساعدة المدمن المتعافي على إثبات ذاته وتقبل نفسه بلغـت ١٠٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٥٠ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٧.

وبذلك نستنتج أن البرامج تساهم في مساعدة المدمن المتعافي على إثبـات ذاته وتقبل نفسه بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٦٠٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (١٢) أن أعلى نسبة موافقين علـى أن البـرامج المقدمة للمدمن المتعافي تساعد على التعامل مع بعض المشكلات التي قد يواجهها خلال فترة التعافي حيث بلغت ٤٨٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما بلغت ٤٦٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن البرامج المقدمة للمدمن المتعافي تـساعد على التعامل مع بعض المشكلات التي قد يواجهها خلال فترة التعافي بلغـت ٦٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٥٨ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٠.

وبذلك نستنتج أن البرامج المقدمة للمدمن المتعافي تساعد على التعامل مـع بعض المشكلات التي قد يواجهها خلال فترة التعافي بدليل أن إجمـالي درجـات الموافقة على ذلك بلغت ٩٤٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (١٣) أن أعلى نسبة موافقين علـى أن البـرامج المقدمة للمتعافي تساعده على تحسين علاقاته الأسرية حيث بلغت ٥٤٪ وكانـت نسبة الموافقين إلى حد ما بلغت ٣٨٪ بينما كانت نسبة غير المـوافقين علـى أن البرامج المقدمة للمتعافي تساعده على تحسين علاقاته الأسرية بلغت ٨٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٥٤ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٤.

وبذلك نستنتج أن البرامج المقدمة للمتعافي تساعده على تحـسين علاقاتـه الأسرية بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٥٤٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (١٤) أن أعلى نسبة موافقين إلى حد ما على أن البرامج المقدمة للمتعافين تساعدهم في توفير الأعمال المناسبة حيث بلغت ٥٠٪ وكانت نسبة الموافقين بلغت ٣٢٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن البرامج المقدمة للمتعافين تساعدهم في توفير الأعمال المناسبة بلغت ١٨٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٨٦ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٧٠.

وبذلك نستنتج أن البرامج المقدمة للمتعافين تساعدهم في توفير الأعمال المناسبة بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٨٢٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (١٥) أن أعلى نسبة موافقين على أن البرامج تسهم في تعزيز قدرة المدمن المتعافي على مواجهة المواقف الصعبة حيث بلغت ٤٨٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما بلغت ٤٠٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن البرامج تسهم في تعزيز قدرة المدمن المتعافي على مواجهة المواقف الصعبة بلغت ١٢٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٦٤ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٩.

وبذلك نستنتج أن البرامج تسهم في تعزيز قدرة المدمن المتعافي على مواجهة المواقف الصعبة بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٨٨٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (١٦) أن أعلى نسبة موافقين على أن البرامج التي تقدم للمتعافين تساعد في اتخاذ القرارات المناسبة حيث بلغت ٤٦٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما بلغت ٤٦٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن البرامج التي تقدم للمتعافين تساعد في اتخاذ القرارات المناسبة بلغت ٨٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٦٢ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٣.

وبذلك نستنتج أن البرامج التي تقدم للمتعافين تساعد في اتخاذ القرارات المناسبة بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٩٢٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (١٧) أن أعلى نسبة موافقين على أن البرامج المقدمة تسهم بتوعية المجتمع بتقبل المدمن المتعافي حيث بلغت ٤٦٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما بلغت ٤٢٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن البرامج المقدمة تسهم بتوعية المجتمع بتقبل المدمن المتعافي بلغت ١٢٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٦٦ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٨.

وبذلك نستنتج أن البرامج المقدمة تسهم بتوعية المجتمع بتقبل المدمن المتعافي بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٨٨٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (١٨) أن أعلى نسبة موافقين على أن البرامج التي تقدم للمتعافين تساعد في تنمية السلوك الإيجابي للمدمن المتعافي حيث بلغت ٤٨٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما بلغت ٤٠٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن البرامج التي تقدم للمتعافين تساعد في تنمية السلوك الإيجابي للمدمن المتعافي بلغت ١٢٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٦٤ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٩ .

وبذلك نستنتج أن البرامج التي تقدم للمتعافين تساعد في تنمية السلوك الإيجابي للمدمن المتعافي بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٨٨٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (١٩) أن أعلى نسبة موافقين على أن البرامج المقدمة تساعد في تنمية مهارات المدمن المتعافي وتأهيله لمواجهة الحياة حيث بلغت ٥٠٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد ما بلغت ٣٨٪ بينما كانت نسبة غير الموافقين على أن البرامج المقدمة تساعد في تنمية مهارات المدمن المتعافي وتأهيله لمواجهة الحياة بلغت ١٢٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٦٢ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٩ .

وبذلك نستنتج أن البرامج المقدمة تساعد في تنمية مهارات المدمن المتعافي وتأهيله لمواجهة الحياة بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٥٠٪.

وكانت أعلى قيمة في المتوسط الحسابي العبارة التي تفيد (تساعد البرامج المقدمة للمتعافين في توفير الأعمال المناسبة) حيث بلغ المتوسط الحسابي ١,٨٦ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٧٠ وتلتها فقرة (تسهم البرامج التي تقدم للمتعافين في مساعدتهم بالحصول على الخدمات المجتمعية) حيث بلغ المتوسط الحسابي ١,٦٨ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٧١ .

وكانت أقل قيمة للمتوسط الحسابي العبارة التي تفيد (تساهم البرامج في مساعدة المدمن المتعافي على إثبات ذاته وتقبل نفسه) حيث بلغ المتوسط الحسابي ١,٣٦ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٥٦ .

## النتائج الخاصة بالممارسين

- أنه يتم استضافة متخصصين نفسيين واجتماعيين لإرشاد المتعافين بنسبة ٥٨٪.
- أن المستشفى تقوم بتوزيع بعض الكتيبات والإرشادات الطبية للمتعافين بنسبة ٦٠٪.
- أنه يتم عمل لقاءات بصفة مستمرة مع الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين بنسبة ٦٦٪.
- أن المستشفى تقوم بعمل لقاءات لتثقيف أسر المتعافين بطرق التعامل معهم بنسبة ٨٠٪.
- أن المستشفى تقوم بالتنسيق مع بعض الجهات لتعليم المتعافين من الإدمان بنسبة ٧٦٪.
- أن المستشفى تقدم بعض الدورات التعليمية في تعليم الحاسب الآلي للمتعافين بنسبة ٧٠٪.
- أن المستشفى لا تقدم بعض الدروس والمحاضرات في تعليم اللغات للمتعافين بنسبة ٦٤٪.
- أن المستشفى لا تقدم بعض برامج تعليم اللغات لدى المتعافين بنسبة ٦٤٪.
- أن المستشفى تقوم بتوفير الوعظ وعلماء الدين للتوعية بأضرار المخدرات من خلال محاضرات يتم إلقاءها على المتعافين بنسبة ٩٨٪.
- أن المستشفى تقوم بعمل المسابقات الدينية وتمنح جوائز للفائزين من المتعافين بنسبة ٨٨٪.
- أن المستشفى تقدم كتيبات لتقوية الوازع الديني لدى المتعافين للحد من عودهم إلى الإدمان بنسبة ٨٨٪.
- أن المستشفى تحفز لممارسة الأنشطة الرياضية بنسبة ٦٦٪.
- أن المستشفى تنظم دورات رياضية للمتعافين من الإدمان بنسبة ٧٦٪.
- أن المستشفى تؤصل مبدأ التائب من الذنب كمن لا ذنب له في نفوس المتعافين بنسبة ٦٤٪.

- أن المستشفى تقوم بمساعدة المتعافين في تعزيز السلوكيات الإيجابية بنسبة ٦٦٪.
- أن المستشفى تقوم بالتنسيق مع الجهات المختلفة لتوفير دعم مادي للمتعافين بنسبة ٨٨٪.
- أن المستشفى تقوم بمساعدة المتعافين في الحـصول علـى وظـائف فـي مؤسسات خاصة وحكومية بنسبة ٨٨٪.
- أن المستشفى تقوم بالتنسيق مع بعض مراكز التدريب لتـدريب المتعـافين وتأهيلهم لسوق العمل بنسبة ٨٠٪.
- أن المستشفى تنسق مع القطاع الخاص بإيجاد بعض الوظـائف للمتعـافين بنسبة ٧٨٪.
- أن المستشفى تبحث عوامل العود للإدمان وتقوم بدراسة وإيجاد الحلول لها بنسبة ٨٠٪.
- أن البرامج النفسية على وضعها الحالي تسهم في بناء شخـصية المتعـافي وتدفعهم إلى تحمل المسؤولية بنسبة ٩٦٪.
- أن البرامج المقدمة تسهم في مساعدة المتعافي وأسرته وتـوجيههم بـشأن التكيف مع الأوضاع والأدوار الجديدة بنسبة ٩٦٪.
- أن البرامج التي تقدم للمتعافين تسهم في مساعدتهم بالحصول على الخدمات المجتمعية بنسبة ٨٦٪.
- أن البرامج الدينية تساهم في مساعدة المدمن المتعافي على تقوية صلته بالله عز وجل بنسبة ٨٤٪.
- أن البرامج التي تقدم للمتعافين تساعد على تكوين علاقات إيجابية جديدة مع المحيطين به بنسبة ٥٦٪.
- أن البرامج تساهم في مساعدة المدمن المتعافي على إثبات ذاته وتقبل نفسه بنسبة ٦٠٪.
- أن البرامج المقدمة للمدمن المتعافي تساعد علـى التعامـل مـع بعـض المشكلات التي قد يواجهها خلال فترة التعافي بنسبة ٩٤٪.

- أن البرامج المقدمة للمتعافين تساعدهم في توفير الأعمال المناسـبة بنـسبة ٨٢٪.
- أن البرامج تسهم في تعزيز قدرة المدمن المتعافي على مواجهة المواقـف الصعبة بنسبة ٨٨٪.
- أن البرامج التي تقدم للمتعافين تساعد في اتخاذ القرارات المناسبة بنـسبة ٩٢٪.
- أن البرامج المقدمة تسهم بتوعية المجتمع بتقبل المـدمن المتعـافي بنـسبة ٨٨٪.
- أن البرامج التي تقدم للمتعافين تساعد في تنمية السلوك الإيجـابي للمـدمن المتعافي بنسبة ٨٨٪.

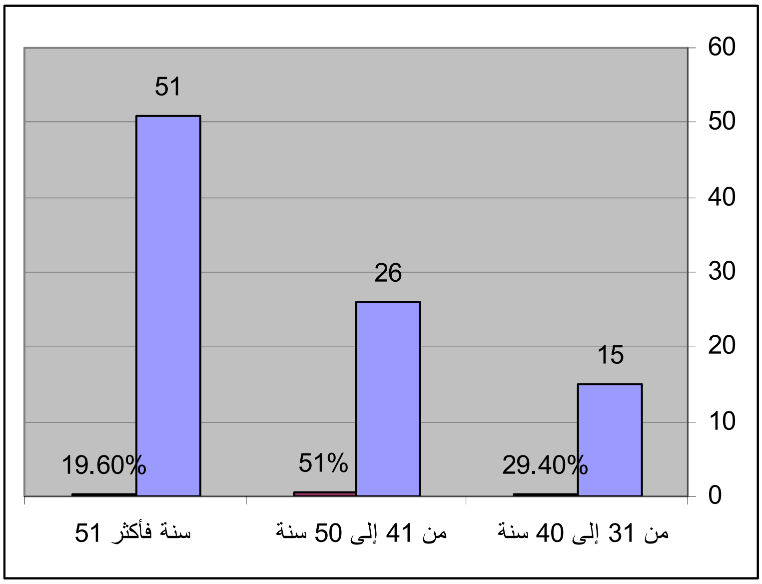
# تحليل البيانات الخاصة بالأكاديميين

## أولاً : البيانات الأولية :

جدول رقم (١)

يوضح العمر لأفراد العينة

| الفئات | ك | % |
|---|---|---|
| من ٢٠ إلى ٣٠ سنة | - | - |
| من ٣١ إلى ٤٠ سنة | ١٥ | ٢٩,٤٪ |
| من ٤١ إلى ٥٠ سنة | ٢٦ | ٥١٪ |
| ٥١ سنة فأكثر | ٥١ | ١٩,٦٪ |
| المجموع | ٥١ | ١٠٠٪ |

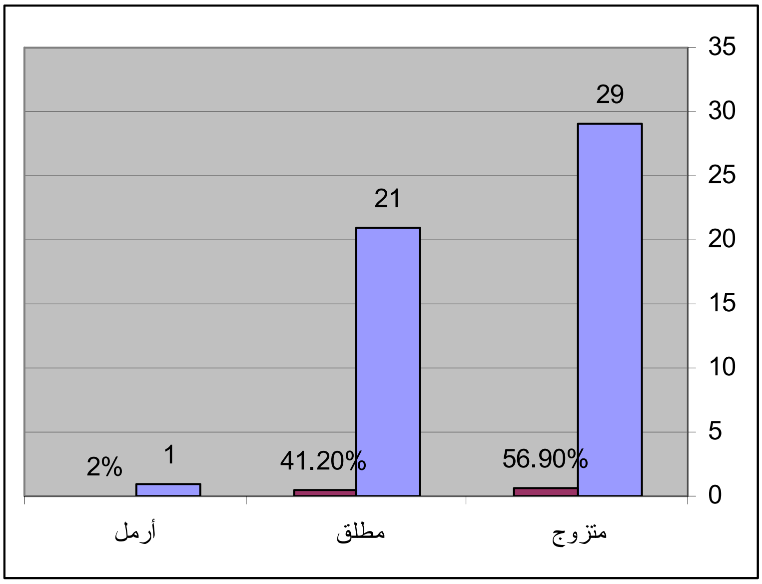



يتضح من خلال الجدول السابق والذي يوضح العمر لأفراد العينـة حيـث يتضح أن أعلى نسبة من أفراد العينة يتراوح أعمارهم بـين ٤١ إلـى ٥٠ سـنة ويمثلون نسبة ٥١٪ وجاءت بعدها نسبة الذين تتراوح أعمارهم بين ٣١ إلـى ٤٠ سنة حيث بلغت نسبتهم ٢٩,٤٪ وأن أقل نسبة من حجم العينة من تتراوح أعمارهم فوق ٥١ سنة فأكثر حيث بلغت نسبتهم ١٩,٦٪ .

**جدول رقم (٢)**

**يوضح الحالة الاجتماعية لأفراد العينة**

| الفئات | ك | % |
|---|---|---|
| أعزب | - | - |
| متزوج | ٢٩ | ٥٦,٩٪ |
| مطلق | ٢١ | ٤١,٢٪ |
| أرمل | ١ | ٢٪ |
| المجموع | ٥١ | ١٠٠٪ |

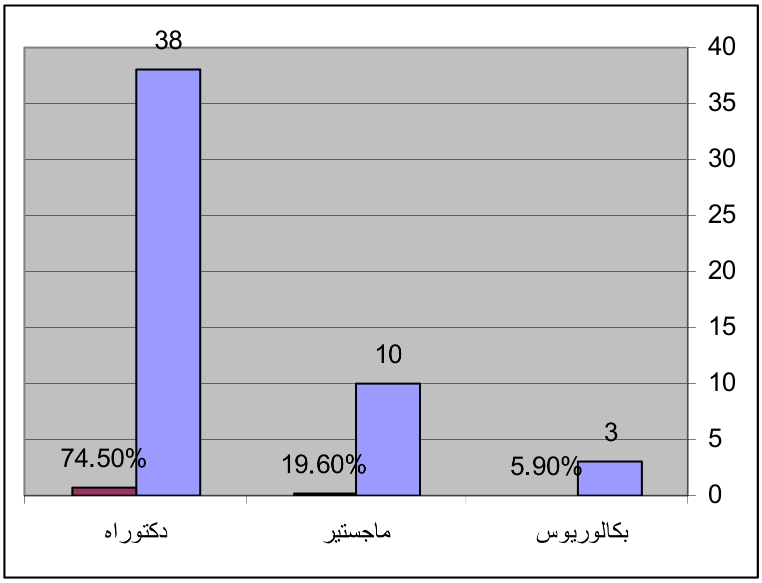



يتضح من خلال الجدول السابق والذي يوضح الحالة الاجتماعيـة لأفـراد العينة حيث يتضح أن أعلى نسبة من أفراد العينة من المتزوجين ويمثلـون نـسبة ٥٦,٩٪ وجاءت بعدها نسبة الذين حالتهم الاجتماعية مطلقين حيث بلغت نـسبتهم ٤١,٢٪ وأن أقل نسبة من حجم العينة من الأرامل حيث بلغت نسبتهم ٢٪ .

**جدول رقم (٣)**

**يوضح المستوى التعليمي لأفراد العينة**

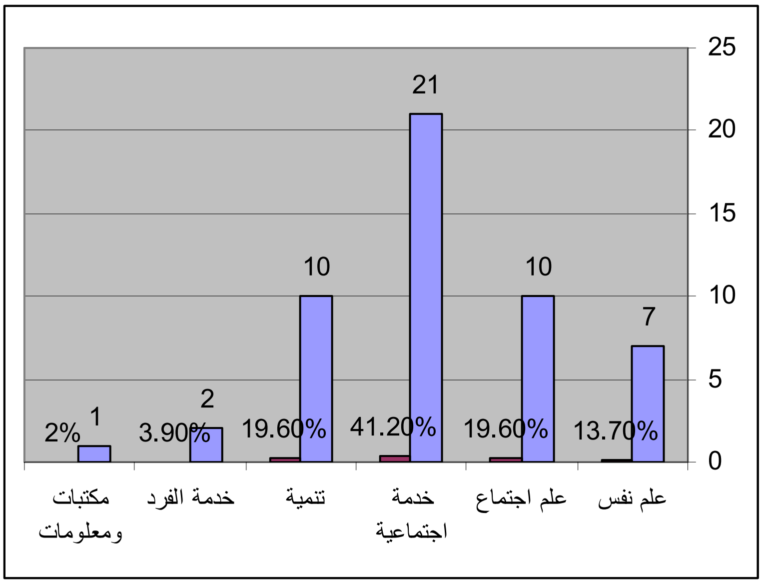
| الفئات | ك | % |
|---|---|---|
| **بكالوريوس** | ٣ | ٥,٩٪ |
| **ماجستير** | ١٠ | ١٩,٦٪ |
| **دكتوراه** | ٣٨ | ٧٤,٥٪ |
| **المجموع** | ٥١ | ١٠٠٪ |




يتضح من خلال الجدول السابق والذي يوضح المستوى التعليمي لأفراد العينة حيث يتضح أن أعلى نسبة من أفراد العينة كان مستواهم التعليمي دكتوراه ويمثلون نسبة ٧٤,٥٪ وجاءت بعدها نسبة الذين مستواهم التعليمي ماجستير حيث بلغت نسبتهم ١٩,٦٪ وأن أقل نسبة من حجم العينة مستواهم التعليمي بكالوريوس ويمثلون نسبة ٥,٩٪.

**جدول رقم (٤)**
**يوضح التخصص الدقيق لأفراد العينة**

| الفئات | ك | % |
|---|---|---|
| علم نفس | ٧ | ١٣,٧٪ |
| علم اجتماع | ١٠ | ١٩,٦٪ |
| خدمة اجتماعية | ٢١ | ٤١,٢٪ |
| تنمية | ١٠ | ١٩,٦٪ |
| خدمة الفرد | ٢ | ٣,٩٪ |
| مكتبات ومعلومات | ١ | ٢٪ |
| المجموع | ٥١ | ١٠٠٪ |

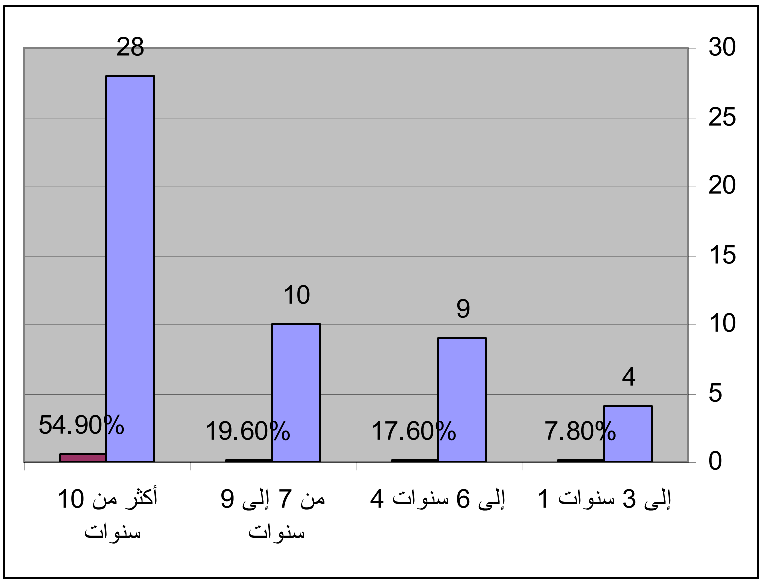



يتضح من خلال الجدول السابق والذي يوضح التخصص الـدقيق لأفـراد العينة حيث يتضح أن أعلى نسبة من أفراد العينة كان تخصصهم هو في الخدمـة الاجتماعية ويمثلون نسبة ٤١,٢٪ وجاءت بعدها نسبة الذين تخصصهم هـو فـي مجال التنمية حيث بلغت نسبتهم ١٩,٦٪ متساويين مع الـذين تخصـصهم علـم اجتماع وجابت بعدها نسبة الذين تخصصهم في مجال علم الـنفس حيـث بلغـت نسبتهم ١٣,٧٪ وأن أقل نسبة من حجم العينة تخصصهم في المكتبات والمعلومات ويمثلون نسبة ٢٪.

**جدول رقم (٥)**

**يوضح سنوات الخبرة لأفراد العينة**

| الفئات | ك | % |
|---|---|---|
| ١ إلى ٣ سنوات | ٤ | ٧,٨٪ |
| ٤ إلى ٦ سنوات | ٩ | ١٧,٦٪ |
| من ٧ إلى ٩ سنوات | ١٠ | ١٩,٦٪ |
| أكثر من ١٠ سنوات | ٢٨ | ٥٤,٩٪ |
| المجموع | ٥١ | ١٠٠٪ |




يتضح من خلال الجدول السابق والذي يوضح سنوات الخبرة لأفراد العينة حيث يتضح أن أعلى نسبة من أفراد العينة سنوات خبرتهم أكثر من ١٠ سنوات ويمثلون نسبة ٥٤,٩٪ وجاءت بعدها نسبة الذين سنوات خبرتهم تتراوح بين ٧ إلى ٩ سنوات حيث بلغت نسبتهم ١٩,٦٪ وجاءت بعدها نسبة الذين سنوات خبرتهم تتراوح بين ٤ إلى ٦ سنوات ويمثلون نسبة ١٧,٦٪ وأن أقل نسبة من حجم العينة سنوات خبرتهم تتراوح بين ١ إلى ٣ سنوات ويمثلون نسبة ٧,٨٪.

## ثانياً : تحليل البيانات الأساسية :

**جدول رقم (٦)**

**يوضح (مقوم المسؤولية) وجهة نظر الأكاديميين في الذين تقع عليهم مسئولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية**

| العبارة | موافقة | | إلى حد ما | | غير موافق | | المتوسط | الانحراف | الترتيب |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % | ك | % | | | |
| ١. مجلس الوزراء. | ٢٧ | ٥٢,٩٪ | ١٤ | ٢٧,٥٪ | ١٠ | ١٩,٦٪ | ١,٦٦ | ٠,٧٩ | ٣ |
| ٢. أعضاء لجنة الشئون الصحية بمجلس الشورى . | ٣٩ | ٧٦,٥٪ | ١٠ | ١٩,٦٪ | ٢ | ٣,٩٪ | ١,٢٧ | ٠,٥٣ | ٨ |
| ٣. رجال الدين بالمجتمع. | ٢٧ | ٥٢,٩٪ | ١٩ | ٣٧,٣٪ | ٥ | ٩,٨٪ | ١,٥٦ | ٠,٦٧ | ٥ |
| ٤. القائمون علي تنفيذ البرامج الخاصة برعاية المدمنين. | ٤٣ | ٨٤,٣٪ | ٨ | ١٥,٧٪ | - | - | ١,١٥ | ٠,٣٦ | ٩ |
| ٥. خبراء في المجالات الأمنية . | ٣٠ | ٥٨,٨٪ | ١٩ | ٣٧,٣٪ | ٢ | ٣,٩٪ | ١,٤٥ | ٠,٥٧ | ٦ |
| ٦. المتطوعون المهتمون بقضايا المدمنون. | ٣٠ | ٥٨,٨٪ | ١٩ | ٣٧,٣٪ | ٢ | ٣,٩٪ | ١,٤٥ | ٠,٥٧ | ٧ |
| ٧. ممثلو الأندية الرياضية . | ٢١ | ٤١,٢٪ | ٢٥ | ٤٩٪ | ٥ | ٩,٨٪ | ١,٦٨ | ٠,٦٤ | ٢ |
| ٨. الأخصائيون الاجتماعيون بمؤسسات رعاية المدمنين. | ٤٩ | ٩٦,١٪ | ٢ | ٣,٩٪ | - | - | ١,٠٣ | ٠,١٩ | ١١ |
| ٩. الأكاديميون ممن لهم اهتمامات برعاية المدمنين. | ٤٦ | ٩٠,٢٪ | ٥ | ٩,٨٪ | - | - | ١,٠٨ | ٠,٣٠ | ١٠ |
| ١٠. رجال الأعمال . | ١٨ | ٣٥,٣٪ | ٢٤ | ٤٧,١٪ | ٩ | ١٧,٦٪ | ١,٨٢ | ٠,٧١ | ١ |
| ١١. العاملون في مجال الإعلام . | ٢٠ | ٣٩,٢٪ | ٢٩ | ٥٦,٩٪ | ٢ | ٣,٩٪ | ١,٦٤ | ٠,٥٥ | ٤ |

يتضح من خلال الجدول السابق وجهة نظر الأكاديميين في الذين تقع عليهم مسؤولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية، حيث يتضح من الفقرة رقـم (١) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن مجلس الوزراء مـن الـذين تقـع عليهم مسئولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية وذلك بنسبة ٥٢,٩٪ وتلتهـا نسبة الموافقين إلى حد ما حيث بلغت نسبتهم ٢٧,٥٪ وكانت نسبة غير المـوافقين

على أن مجلس الوزراء من الذين تقع عليهم مسئولية المشاركة في وضـع هـذه الاستراتيجية فقد بلغت نسبتهم ١٩,٦٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٦٦ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٧٩.

وبذلك نستنتج أن مجلس الوزراء من الذين تقع عليهم مسئولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٥٢,٩٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٢) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن أعضاء لجنة الشئون الصحية بمجلس الشورى من الذين تقع علـيهم مـسئولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية وذلك بنسبة ٧٦,٥٪ وتلتها نسبة المـوافقين إلى حد ما حيث بلغت نسبتهم ١٩,٦٪ وكانت نسبة غير الموافقين على أن أعضاء لجنة الشئون الصحية بمجلس الشورى من الذين تقع عليهم مسئولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية فقد بلغت نسبتهم ٣,٩٪ وقد بلغت قيمة المتوسـط ١,٢٧ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٥٣.

وبذلك نستنتج أن أعضاء لجنة الشئون الصحية بمجلس الشورى من الـذين تقع عليهم مسئولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٧٦,٥٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٣) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن رجال الدين بالمجتمع من الذين تقع عليهم مسئولية المشاركة في وضـع هـذه الاستراتيجية وذلك بنسبة ٥٢,٩٪ وتلتها نسبة الموافقين إلى حد ما حيـث بلغـت نسبتهم ٣٧,٣٪ وكانت نسبة غير الموافقين على أن رجال الدين بـالمجتمع مـن الذين تقع عليهم مسئولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية فقد بلغت نـسبتهم ٩,٨٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٥٦ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٧.

وبذلك نستنتج أن رجال الدين بالمجتمع من الذين تقـع علـيهم مـسئولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٥٢,٩٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٤) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن القائمون على تنفيذ البرامج الخاصة برعاية المدمنين من الـذين تقـع علـيهم

مسئولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية وذلك بنسبة ٨٤,٣٪ وتلتهـا نـسبة الموافقين إلى حد ما حيث بلغت نسبتهم ١٥,٧٪ وقد بلغت قيمة المتوسـط ١,١٥ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٣٦.

وبذلك نستنتج أن القائمون على تنفيذ البرامج الخاصة برعاية المدمنين من الذين تقع عليهم مسئولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية بدليل أن إجمـالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٨٤,٣٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٥) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن خبراء في المجالات الأمنية من الذين تقع عليهم مسئولية المشاركة في وضـع هذه الاستراتيجية وذلك بنسبة ٥٨,٨٪ وتلتها نسبة الموافقين إلى حد ما حيث بلغت نسبتهم ٣٧,٣٪ وكانت نسبة غير الموافقين على أن خبراء في المجالات الأمنيـة من الذين تقع عليهم مسئولية المشاركة في وضع هذه الاسـتراتيجية فقـد بلغـت نسبتهم ٣,٩٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٤٥ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٥٧.

وبذلك نستنتج أن خبراء في المجالات الأمنية من الذين تقع عليهم مسئولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٥٨,٨٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٦) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن المتطوعون المهتمون بقضايا المدمنون من الذين تقع عليهم مسئولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية وذلك بنسبة ٥٨,٨٪ وتلتها نسبة غير الموافقين حيـث بلغت نسبتهم ٣٧,٣٪ وكانت نسبة الموافقين إلى حد مـا علـى أن المتطوعـون المهتمون بقضايا المدمنون من الذين تقع عليهم مسئولية المشاركة في وضع هـذه الاستراتيجية فقد بلغت نسبتهم ٣,٩٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٤٥ وبلغت قيمـة الانحراف ٠,٥٧.

وبذلك نستنتج أن المتطوعون المهتمون بقضايا المدمنون من الـذين تقـع عليهم مسئولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية بدليل أن إجمـالي درجـات الموافقة على ذلك بلغت ٥٨,٨٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٧) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن ممثلو الأندية الرياضية من الذين تقع عليهم مسئولية المشاركة في وضع هـذه الاستراتيجية وذلك بنسبة ٤١,٢٪ وتلتها نسبة الموافقين إلى حد ما حيـث بلغـت نسبتهم ٤٩٪ وكانت نسبة غير الموافقين على أن ممثلو الأندية الرياضية من الذين تقع عليهم مسئولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية فقد بلغت نـسبتهم ٩,٨٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٦٨ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٤.

وبذلك نستنتج أن ممثلو الأندية الرياضية من الذين تقـع علـيهم مـسئولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٩٠,٢٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٨) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن الأخصائيون الاجتماعيون بمؤسسات رعاية المدمنين من الـذين تقـع علـيهم مسئولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية وذلك بنسبة ٩٦,١٪ وتلتهـا نـسبة الموافقين إلى حد ما حيث بلغت نسبتهم ٣,٩٪ وقد بلغت قيمـة المتوسـط ١,٠٣ وبلغت قيمة الانحراف ٠,١٩.

وبذلك نستنتج أن الأخصائيون الاجتماعيون بمؤسسات رعاية المدمنين من الذين تقع عليهم مسئولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية بدليل أن إجمـالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٩٦,١٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٩) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن الأكاديميون ممن لهم اهتمامات برعاية المدمنين من الذين تقع عليهم مـسئولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية وذلك بنسبة ٩٠,٢٪ وتلتها نسبة المـوافقين إلى حد ما حيث بلغت نسبتهم ٩,٨٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٠٨ وبلغت قيمـة الانحراف ٠,٣٠.

وبذلك نستنتج أن الأكاديميون ممن لهم اهتمامات برعاية المدمنين من الذين تقع عليهم مسئولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٩٠,٢٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (١٠) أن أعلى نسبة من حجم العينـة مـوافقين على أن رجال الأعمال من الذين تقع عليهم مسئولية المشاركة فـي وضـع هـذه الاستراتيجية وذلك بنسبة ٤٧,١٪ وتلتها نسبة الموافقين إلى حد ما حيـث بلغـت نسبتهم ٣٥,٣٪ وكانت نسبة غير الموافقين على أن رجال الأعمال من الذين تقـع عليهم مسئولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية فقد بلغت نسبتهم ١٧,٦٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٨٢ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٧١ .

وبذلك نستنتج أن رجال الأعمال من الذين تقع عليهم مسئولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٨٢,٤٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (١١) أن أعلى نسبة من حجم العينـة مـوافقين على أن العاملون في مجال الإعلام من الذين تقع عليهم مسئولية المـشاركة فـي وضع هذه الاستراتيجية وذلك بنسبة ٥٦,٩٪ وتلتها نسبة الموافقين إلى حد ما حيث بلغت نسبتهم ٣٩,٢٪ وكانت نسبة غير الموافقين على أن العـاملون فـي مجـال الإعلام من الذين تقع عليهم مسئولية المشاركة في وضع هذه الاسـتراتيجية فقـد بلغت نسبتهم ٣,٩٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٦٤ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٥٥

وبذلك نستنتج أن العاملون في مجال الإعلام من الذين تقع عليهم مـسئولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٩٦,١٪.

وكانت أعلى قيمة في المتوسط الحسابي العبارة التي تفيد (رجال الأعمال) حيث بلغ المتوسط الحسابي ١,٨٢ وبلغت قيمة الانحـراف ٠,٧١ وتلتهـا فقـرة (ممثلو الأندية الرياضية) حيث بلغ المتوسط الحسابي ١,٦٨ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٤ .

وكانت أقل قيمة للمتوسط الحـسابي العبـارة التـي تفيـد (الأخـصائيون الاجتماعيون بمؤسسات رعاية المدمنين) حيث بلغ المتوسط الحسابي ١,٠٣ وبلغت قيمة الانحراف ٠,١٩ .

**جدول رقم (٧)**

**يوضح وجهة نظر الأكاديميين حول نوعية الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعافين من الإدمان**

| العبارة | موافقة | | إلى حد ما | | غير موافق | | المتوسط | الانحراف | الترتيب |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % | ك | % | | | |
| ١. الخدمات الرياضية . | ٤٤ | ٨٦,٣٪ | ٧ | ١٣,٧٪ | - | - | ١,١٣ | ٠,٣٤ | ٥ |
| ٢. الخدمات الثقافية . | ٤٧ | ٩٢,٢٪ | ٤ | ٧,٨٪ | - | - | ١,٠٧ | ٠,٢٧ | ٧ |
| ٣. الخدمات الاجتماعية . | ٤٩ | ٩٦,١٪ | ٢ | ٣,٩٪ | - | - | ١,٠٣ | ٠,١٩ | ١٠ |
| ٤. الخدمات المساعدة ( نفسية تأهيلية .الخ). | ٤٦ | ٩٠,٢٪ | ٥ | ٩,٨٪ | - | - | ١,٠٩ | ٠,٣٠ | ٦ |
| ٥. برامج التربية والانتماء الوطني. | ٣٤ | ٦٦,٧٪ | ١٦ | ٣١,٤٪ | ١ | ٢٪ | ١,٣٥ | ٠,٥٢ | ٢ |
| ٦. برامج تشغيل مناسبة. | ٤١ | ٨٠,٤٪ | ١٠ | ١٩,٦٪ | - | - | ١,١٩ | ٠,٤٠ | ٣ |
| ٧. برامج الصيانة والتشغيل لأماكن التأهيل | ٢٧ | ٥٢,٩٪ | ٢٤ | ٤٧,١٪ | - | - | ١,٤٧ | ٠,٥٠ | ١ |
| ٨.برامج تنمية القوي البشرية العاملة في مجالات رعاية المتعافين من الإدمان. | ٤٢ | ٨٢,٤٪ | ٨ | ١٥,٧٪ | ١ | ٢٪ | ١,١٩ | ٠,٤٤ | ٤ |
| ٩. برامج تأهيلية وتدريبية . | ٤٧ | ٩٢,٢٪ | ٤ | ٧,٨٪ | - | - | ١,٠٧ | ٠,٢٧ | ٨ |
| ١٠. برامج رعاية صحية . | ٤٨ | ٩٤,١٪ | ٣ | ٥,٩٪ | - | - | ١,٠٥ | ٠,٢٣ | ٩ |

يتضح من خلال الجدول السابق وجهة نظر الأكاديميين حول نوعية الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعافين من الإدمان، حيث يتضح من الفقرة رقم (١) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن الخدمات الرياضية من الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعافين من الإدمان وذلك بنسبة ٨٦,٣٪ وتلتها نسبة الغير موافقين على أن الخدمات الرياضية من الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعافين من الإدمان حيث بلغت نسبتهم ١٣,٧٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,١٣ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٣٤.

وبذلك نستنتج أن الخدمات الرياضية من الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعافين من الإدمان بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٨٦,٣٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٢) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن الخدمات الثقافية من الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعافين من الإدمان وذلك بنسبة ٩٢,٢٪ وتلتها نسبة الموافقين إلى حد ما حيث بلغت نسبتهم ٧,٨٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٠٧ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٢٧.

وبذلك نستنتج أن الخدمات الثقافية من الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعافين من الإدمان بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٩٢,٢٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٣) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن الخدمات الاجتماعية من الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعافين من الإدمان وذلك بنسبة ٩٦,١٪ وتلتها نسبة الموافقين إلى حد ما على أن الخدمات الاجتماعية من الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعافين من الإدمان حيث بلغت نسبتهم ٣,٩٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٠٣ وبلغت قيمة الانحراف ٠,١٩.

وبذلك نستنتج أن الخدمات الاجتماعية من الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعافين من الإدمان بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٩٦,١٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٤) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن الخدمات المساعدة (نفسية وتأهيلية) من الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعافين من الإدمان وذلك بنسبة ٩٠,٢٪ وتلتها نسبة الموافقين على أن الخدمات المساعدة (نفسية وتأهيلية) من الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعافين من الإدمان حيث بلغت نسبتهم ٩,٨٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٠٩ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٣٠.

وبذلك نستنتج أن الخدمات المساعدة (نفسية وتأهيلية) من الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعافين من الإدمان بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٩٠,٢٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٥) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن برامج التربية والانتماء الوطني من الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعافين من الإدمان وذلك بنسبة ٦٦,٧٪ وتلتها نسبة الموافقين إلى حد ما حيث بلغت نسبتهم ٣١,٤٪ وكانت نسبة الغير موافقين على أن برامج التربية والانتماء الوطني من

الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعافين من الإدمان حيث بلغت نسبتهم ٢٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٣٥ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٥٢.

وبذلك نستنتج أن برامج التربية والانتماء الوطني من الخدمات التي يجـب أن تقدم للمتعافين من الإدمان بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغـت ٦٦,٧٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٦) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن وجود برامج تشغيل مناسبة من الخدمات التي يجب أن تقـدم للمتعـافين مـن الإدمان وذلك بنسبة ٨٠,٤٪ وتلتها نسبة الموافقين إلى حد مـا علـى أن وجـود برامج تشغيل مناسبة من الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعافين من الإدمان حيـث بلغت نسبتهم ١٩,٦٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,١٩ وبلغـت قيمـة الانحـراف ٠,٤٠.

وبذلك نستنتج أن وجود برامج تشغيل مناسبة من الخدمات التي يجـب أن تقدم للمتعافين من الإدمان بدليل أن إجمالي درجات الموافقة علـى ذلـك بلغـت ٨٠,٤٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٧) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن برامج الصيانة والتشغيل لأماكن التأهيل من الخدمات التـي يجـب أن تقـدم للمتعافين من الإدمان وذلك بنسبة ٥٢,٩٪ وتلتها نسبة الموافقين إلى حد ما علـى أن برامج الصيانة والتشغيل لأماكن التأهيل من الخدمات التـي يجـب أن تقـدم للمتعافين من الإدمان حيث بلغت نسبتهم ٤٧,١٪ وقد بلغت قيمة المتوسـط ١,٤٧ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٥٠.

وبذلك نستنتج أن برامج الصيانة والتشغيل لأماكن التأهيل من الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعافين من الإدمان بدليل أن إجمالي درجات الموافقة علـى ذلـك بلغت ٥٢,٩٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٨) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين إلـى حد ما على أن برامج تنمية القوى البشرية العاملة في مجالات رعاية المتعافين من الإدمان من الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعافين من الإدمان وذلك بنسبة ٨٢,٤٪

وتلتها نسبة الموافقين حيث بلغت نسبتهم ١٥,٧٪ وكانت نسبة الغير موافقين على أن برامج تنمية القوى البشرية العاملة في مجالات رعاية المتعافين من الإدمان من الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعافين من الإدمان حيث بلغت نسبتهم ٢٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,١٩ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٤٤.

وبذلك نستنتج أن برامج تنمية القوى البشرية العاملة في مجـالات رعايـة المتعافين من الإدمان من الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعافين من الإدمان بـدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٨٢,٤٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٩) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن البرامج التأهيلية والتدريبية من الخدمات التي يجب أن تقـدم للمتعـافين مـن الإدمان وذلك بنسبة ٩٢,٢٪ وتلتها نسبة الموافقين إلى حد ما علـى أن البـرامج التأهيلية والتدريبية من الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعافين من الإدمـان حيـث بلغت نسبتهم ٧,٨٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٠٧ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٢٧.

وبذلك نستنتج أن البرامج التأهيلية والتدريبية من الخدمات التي يجـب أن تقدم للمتعافين من الإدمان بدليل أن إجمالي درجات الموافقة علـى ذلـك بلغـت ٩٢,٢٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (١٠) أن أعلى نسبة من حجم العينـة مـوافقين على أن برامج الرعاية الصحية من الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعـافين مـن الإدمان وذلك بنسبة ٩٤,١٪ وتلتها نسبة الموافقين إلى حد مـا علـى أن بـرامج الرعاية الصحية من الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعافين من الإدمان حيث بلغت نسبتهم ٥,٩٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٠٥ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٢٣.

وبذلك نستنتج أن برامج الرعاية الصحية من الخدمات التي يجب أن تقـدم للمتعافين من الإدمان بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٩٤,١٪.

وكانت أعلى قيمة في المتوسط الحسابي العبارة التي تفيد (برامج الـصيانة والتشغيل لأماكن التأهيل) حيث بلـغ المتوسـط الحـسابي ١,٤٧ وبلغـت قيمـة الانحراف ٠,٥٠ وتلتها فقرة (برامج التربية والانتماء الوطني) حيث بلغ المتوسط الحسابي ١,٣٥ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٥٢.

وكانت أقل قيمة للمتوسط الحسابي العبارة التي تفيد (الخدمات الاجتماعية) حيث بلغ المتوسط الحسابي ١,٠٣ وبلغت قيمة الانحراف ٠,١٩ .

**جدول رقم (٨)**

**يوضح وجهة نظر الأكاديميين حول المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان**

| العبارة | موافقة | | إلى حد ما | | غير موافق | | المتوسط | الانحراف | الترتيب |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % | ك | % | | | |
| ١. هيئة الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر. | ١٩ | ٣٧,٣٪ | ٢٣ | ٤٥,١٪ | ٩ | ١٧,٦٪ | ١,٨٠ | ٠,٧٢ | ٢ |
| ٢. الأندية الرياضية والاجتماعية. | ٣٢ | ٦٢,٧٪ | ١٧ | ٣٣,٣٪ | ٢ | ٣,٩٪ | ١,٤١ | ٠,٥٧ | ٨ |
| ٣. جمعيات بيوت الشباب. | ٣٢ | ٦٢,٧٪ | ١٦ | ٣١,٤٪ | ٣ | ٥,٩٪ | ١,٤٣ | ٠,٦٠ | ٧ |
| ٤. مراكز رعاية الشباب . | ٣٩ | ٧٦,٥٪ | ٩ | ١٧,٦٪ | ٣ | ٥,٩٪ | ١,٢٩ | ٠,٥٧ | ١٢ |
| ٥. المدارس بكافة أنواعها. | ٢٩ | ٥٦,٩٪ | ١٨ | ٣٥,٣٪ | ٤ | ٧,٨٪ | ١,٥٠ | ٠,٦٤ | ٥ |
| ٦. أجهزه الإعلام. | ٣١ | ٦٠,٨٪ | ١٩ | ٣٧,٣٪ | ١ | ٢٪ | ١,٤١ | ٠,٥٣ | ٩ |
| ٧. فروع الوزارات بجميع أنواعها . | ٢٨ | ٥٤,٩٪ | ٢٠ | ٣٩,٢٪ | ٣ | ٥,٩٪ | ١,٥٠ | ٠,٦١ | ٧ |
| ٨.القطاع الخاص . | ٢٤ | ٤٧,١٪ | ٢٢ | ٤٣,١٪ | ٥ | ٩,٨٪ | ١,٦٢ | ٠,٦٦ | ٣ |
| ٩. الأجهزة السياسية . | ٣٣ | ٦٤,٧٪ | ١٦ | ٣١,٤٪ | ٢ | ٣,٩٪ | ١,٣٩ | ٠,٥٦ | ١١ |
| ١٠. الأجهزة الأمنية. | ٢٨ | ٥٤,٩٪ | ١٨ | ٣٥,٣٪ | ٥ | ٩,٨٪ | ١,٥٤ | ٠,٦٧ | ٤ |
| ١١. وزارة العدل . | ٤٧ | ٩٢,٢٪ | ٤ | ٧,٨٪ | - | - | ١,٠٧ | ٠,٢٧ | ١٣ |
| ١٢. وزارة الشؤون الاجتماعية . | ٣٢ | ٦٢,٧٪ | ١٧ | ٣٣,٣٪ | ٢ | ٣,٩٪ | ١,٤١ | ٠,٥٧ | ١٠ |
| ١٣. المجتمع المدني . | ١٧ | ٣٣,٣٪ | ١٩ | ٣٧,٣٪ | ١٥ | ٢٩,٤٪ | ١,٩٦ | ٠,٧٩ | ١ |

يتضح من خلال الجدول السابق وجهة نظر الأكاديميين حول المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان، حيث يتضح من الفقرة رقم (١) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين إلى حد ما على أن هيئة الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر من

المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان وذلك بنسبة ٤٥,١٪ وتلتها نسبة الموافقين حيث بلغت نسبتهم ٣٧,٣٪ وكانت نسبة الغير موافقين على أن هيئة الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر من المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان بلغت نسبتهم ١٧,٦٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٨٠ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٧٢.

وبذلك نستنتج أن هيئة الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر من المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٨٢,٤٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٢) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن الأندية الرياضية والاجتماعية من المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان وذلك بنسبة ٦٢,٧٪ وتلتها نسبة الموافقين إلى حد ما حيث بلغت نسبتهم ٣٣,٣٪ وكانت نسبة الغير موافقين على أن الأندية الرياضية والاجتماعية من المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان بلغت نسبتهم ٣,٩٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٤١ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٥٧.

وبذلك نستنتج أن الأندية الرياضية والاجتماعية من المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٦٢,٧٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٣) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن جمعيات بيوت الشباب من المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان وذلك بنسبة ٦٢,٧٪ وتلتها نسبة الموافقين إلى حد ما حيث بلغت نسبتهم ٣١,٤٪ وكانت نسبة الغير

موافقين على أن جمعيات بيوت الشباب من المنظمات التي يجب أن يوكل لهـا مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان بلغت نسبتهم ٥,٩٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٤٣ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٠.

وبذلك نستنتج أن جمعيات بيوت الشباب من المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين مـن الإدمـان بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٦٢,٧٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٤) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن مراكز رعاية الشباب من المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان وذلـك بنـسبة ٧٦,٥٪ وتلتها نسبة الموافقين حيث بلغت نسبتهم ١٧,٦٪ وكانت نسبة الغير موافقين على أن مراكز رعاية الشباب من المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان بلغت نسبتهم ٥,٩٪ وقـد بلغت قيمة المتوسط ١,٢٩ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٥٧.

وبذلك نستنتج أن مراكز رعاية الشباب من المنظمات التي يجب أن يوكـل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين مـن الإدمـان بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٧٦,٥٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٥) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن المدارس بكافة أنواعها من المنظمات التي يجـب أن يوكـل لهـا مـسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان وذلـك بنـسبة ٥٦,٩٪ وتلتها نسبة الموافقين إلى حد ما حيث بلغت نسبتهم ٣٥,٣٪ وكانت نسبة الغير موافقين على أن المدارس بكافة أنواعها من المنظمات التي يجب أن يوكـل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين مـن الإدمـان بلغت نسبتهم ٧,٨٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٥٠وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٤.

وبذلك نستنتج أن المدارس بكافة أنواعها من المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٥٦,٩٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٦) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن أجهزة الإعلام من المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان وذلك بنسبة ٦٠,٨٪ وتلتها نسبة الموافقين إلى حد ما على أن أجهزة الإعلام من المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان حيث بلغت نسبتهم ٣٧,٣٪ وكانت نسبة غير الموافقين على ذلك ٢٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٤١ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٥٣.

وبذلك نستنتج أن أجهزة الإعلام من المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٦٠,٨٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٧) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن فروع الوزارات بجميع أنواعها من المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان وذلك بنسبة ٥٤,٩٪ وتلتها نسبة الموافقين إلى حد ما حيث بلغت نسبتهم ٣٩,٢٪ وكانت نسبة الغير موافقين على أن فروع الوزارات بجميع أنواعها من المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان بلغت نسبتهم ٥,٩٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٥٠ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦١.

وبذلك نستنتج أن فروع الوزارات بجميع أنواعها من المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٥٤,٩٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٨) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن القطاع الخاص من المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان وذلك بنسبة ٤٧,١٪ وتلتها نسبة الموافقين إلى حد ما حيث بلغت نسبتهم ٤٣,١٪ وكانت نسبة الغير موافقين على أن القطاع الخاص من المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان بلغت نسبتهم ٩,٨٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٦٢ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٦.

وبذلك نستنتج أن القطاع الخاص من المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٩٠,٢٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٩) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن الأجهزة السياسية من المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان وذلك بنسبة ٦٤,٧٪ وتلتها نسبة الموافقين إلى حد ما حيث بلغت نسبتهم ٣١,٤٪ وكانت نسبة الغير موافقين على أن الأجهزة السياسية من المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان بلغت نسبتهم ٣,٩٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٣٩ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٥٦.

وبذلك نستنتج أن الأجهزة السياسية من المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٦٤,٧٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (١٠) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن الأجهزة الأمنية من المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان وذلك بنسبة ٥٤,٩٪ وتلتها نسبة الموفقين إلى حد ما حيث بلغت نسبتهم ٣٥,٣٪ وكانت نسبة الغير

موافقين على أن الأجهزة الأمنية من المنظمات التي يجب أن يوكل لها مـسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان بلغت نـسبتهم ٩,٨٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٥٤ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦٧.

وبذلك نستنتج أن الأجهزة الأمنية من المنظمات التي يجب أن يوكـل لهـا مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٥٤,٩٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (١١) أن أعلى نسبة من حجم العينـة مـوافقين على أن وزارة العدل من المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان وذلك بنسبة ٩٢,٢٪ وتلتهـا نسبة الموافقين إلى حد ما على أن وزارة العدل من المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين مـن الإدمـان بلغت نسبتهم ٧,٨٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٠٧وبلغت قيمة الانحراف ٠,٢٧.

وبذلك نستنتج أن وزارة العدل من المنظمات التي يجـب أن يوكـل لهـا مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٩٢,٢٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (١٢) أن أعلى نسبة من حجم العينـة مـوافقين على أن وزارة الشؤون الاجتماعية من المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان وذلـك بنـسبة ٦٢,٧٪ وتلتها نسبة الموافقين إلى حد ما حيث بلغت نسبتهم ٣٣,٣٪ وكانت نسبة الغير موافقين على أن وزارة الشؤون الاجتماعية من المنظمات التـي يجـب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعايـة المتعـافين مـن الإدمان بلغت نسبتهم ٣,٩٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٤١ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٥٧.

وبذلك نستنتج أن وزارة الشؤون الاجتماعية من المنظمات التي يجـب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعايـة المتعـافين مـن الإدمان بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك ٦٢,٧٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (١٣) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين إلى حد ما على أن المجتمع المدني من المنظمات التي يجب أن يوكل لهـا مـسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان وذلـك بنـسبة ٣٧,٣٪ وتلتها نسبة الموافقين حيث بلغت نسبتهم ٣٣,٣٪ وكانـت نـسبة الغيـر موافقين على أن المجتمع المدني من المنظمات التي يجب أن يوكل لها مـسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان بلغت نـسبتهم ٢٩,٤٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٩٦ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٧٩.

وبذلك نستنتج أن المجتمع المدني من المنظمات التي يجب أن يوكـل لهـا مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٧٠,٦٪.

وكانت أعلى قيمة في المتوسط الحسابي العبارة التي تفيد (المجتمع المدني) حيث بلغ المتوسط الحسابي ١,٩٦ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٧٩ وتلتها فقرة (هيئة الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر) حيث بلغ المتوسط الحسابي ١,٨٠ وبلغـت قيمة الانحراف ٠,٧٢.

وكانت أقل قيمة للمتوسط الحسابي العبارة التي تفيد (وزارة العدل) حيـث بلغ المتوسط الحسابي ١,٠٧ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٢٧.

**جدول رقم (٩)**

**يوضح وجهة نظر الأكاديميين حول الموارد التي يمكن الاستفادة منها في تنفيذ سياسة رعاية الشباب**

| العبارة | موافقة | | إلى حد ما | | غير موافق | | المتوسط | الانحراف | الترتيب |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % | ك | % | | | |
| **١. جزء من الميزانية العامة للدولة .** | ٤٧ | ٩٢,٢٪ | ٣ | ٥,٩٪ | ١ | ٢٪ | ١,٠٩ | ٠,٣٦ | ٧ |
| **٢. استقطاعات من عوائد تشغيل المنشآت الرياضية .** | ٢٩ | ٥٦,٩٪ | ٢٠ | ٣٩,٢٪ | ٢ | ٣,٩٪ | ١,٤٧ | ٠,٥٧ | ٣ |
| **٣. استقطاعات من مشروعات الترفيه بالمجتمع.** | ٢٨ | ٥٤,٩٪ | ٢٠ | ٣٩,٢٪ | ٣ | ٥,٩٪ | ١,٥٠ | ٠,٦١ | ١ |
| **٤.التبرعات والهبات والوصايا والأوقاف .** | ٣٨ | ٧٤,٥٪ | ١٢ | ٢٣,٥٪ | ١ | ٢٪ | ١,٢٧ | ٠,٤٩ | ٤ |
| **٥.إقامة المعارض الخيرية والاستفادة من حصيلتها في البرامج اللاحقة للرعاية .** | ٣٧ | ٧٢,٥٪ | ١٤ | ٢٧,٥٪ | - | - | ١,٢٧ | ٠,٤٥ | ٥ |
| **٦. الاستفادة من القطاع الخاص ومساهمات رجال الأعمال.** | ٤٤ | ٨٦,٣٪ | ٦ | ١١,٨٪ | ١ | ٢٪ | ١,١٥ | ٠,٤١ | ٦ |
| **٧. الغرفة التجارية .** | ٢٩ | ٥٦,٩٪ | ١٩ | ٣٧,٣٪ | ٣ | ٥,٩٪ | ١,٤٩ | ٠,٦١ | ٢ |

يتضح من خلال الجدول السابق وجهة نظر الأكاديميين حول الموارد التي يمكن الاستفادة منها في تنفيذ سياسة رعاية الشباب، حيث يتضح من الفقرة رقم (١) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن جزء من الميزانية العامة للدولة من الموارد التي يمكن الاستفادة منها في تنفيذ سياسة رعاية الشباب وذلك بنسبة ٩٢,٢٪ وتلتها نسبة الموافقين إلى حد ما على أن جزء من الميزانية العامة للدولة من الموارد التي يمكن الاستفادة منها في تنفيذ سياسة رعاية الشباب حيث بلغت نسبتهم ٥,٩٪ وكانت نسبة غير الموافقين بلغت ٢٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٠٩ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٣٦.

وبذلك نستنتج أن جزء من الميزانية العامة للدولة من الموارد التي يمكن الاستفادة منها في تنفيذ سياسة رعاية الشباب بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٩٢,٢٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٢) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن الاستقطاعات من عوائد تشغيل المنشآت الرياضية من الموارد التي يمكن الاستفادة منها في تنفيذ سياسة رعاية الشباب وذلك بنسبة ٥٦,٩٪ وتلتها نسبة الموافقين إلى حد ما حيث بلغت ٣٩,٢٪ وكانت نسبة غير الموافقين على أن الاستقطاعات من عوائد تشغيل المنشآت الرياضية من الموارد التي يمكن الاستفادة منها في تنفيذ سياسة رعاية الشباب حيث بلغت نسبتهم ٣,٩٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٤٧ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٥٧.

وبذلك نستنتج أن الاستقطاعات من عوائد تشغيل المنشآت الرياضية من الموارد التي يمكن الاستفادة منها في تنفيذ سياسة رعاية الشباب بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٥٦,٩٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٣) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن الاستقطاعات من مشروعات الترفيه بالمجتمع من الموارد التي يمكن الاستفادة منها في تنفيذ سياسة رعاية الشباب وذلك بنسبة ٥٤,٩٪ وتلتها نسبة الموافقين إلى حد ما حيث بلغت ٣٩,٢٪ وكانت نسبة غير الموافقين على أن الاستقطاعات من مشروعات الترفيه بالمجتمع من الموارد التي يمكن الاستفادة منها في تنفيذ سياسة رعاية الشباب حيث بلغت نسبتهم ٥,٩٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٥٠ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦١.

وبذلك نستنتج أن الاستقطاعات من مشروعات الترفيه بالمجتمع من الموارد التي يمكن الاستفادة منها في تنفيذ سياسة رعاية الشباب بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٥٤,٩٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٤) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن التبرعات والهبات والوصايا والأوقاف من الموارد التي يمكن الاستفادة منها في تنفيذ سياسة رعاية الشباب وذلك بنسبة ٧٤,٥٪ وتلتها نسبة الموافقين إلى حد

ما حيث بلغت ٢٣,٥٪ وكانت نسبة غير الموافقين على أن التبرعات والهبات والوصايا والأوقاف من الموارد التي يمكن الاستفادة منها في تنفيذ سياسة رعاية الشباب حيث بلغت نسبتهم ٢٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٢٧ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٩٤.

وبذلك نستنتج أن التبرعات والهبات والوصايا والأوقاف من الموارد التي يمكن الاستفادة منها في تنفيذ سياسة رعاية الشباب بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٧٤,٥٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٥) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن إقامة المعارض الخيرية والاستفادة من حصيلتها في البرامج اللاحقة للرعاية من الموارد التي يمكن الاستفادة منها في تنفيذ سياسة رعاية الشباب وذلك بنسبة ٧٢,٥٪ وتلتها نسبة الموافقين إلى حد ما على أن إقامة المعارض الخيرية والاستفادة من حصيلتها في البرامج اللاحقة للرعاية من الموارد التي يمكن الاستفادة منها في تنفيذ سياسة رعاية الشباب حيث بلغت نسبتهم ٢٧,٥٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٢٧ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٤٥.

وبذلك نستنتج أن إقامة المعارض الخيرية والاستفادة من حصيلتها في البرامج اللاحقة للرعاية من الموارد التي يمكن الاستفادة منها في تنفيذ سياسة رعاية الشباب بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٧٢,٥٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٦) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن الاستفادة من القطاع الخاص ومساهمات رجال الأعمال من الموارد التي يمكن الاستفادة منها في تنفيذ سياسة رعاية الشباب وذلك بنسبة ٨٦,٣٪ وتلتها نسبة الموافقين إلى حد ما حيث بلغت ١١,٨٪ وكانت نسبة غير الموافقين على أن الاستفادة من القطاع الخاص ومساهمات رجال الأعمال من الموارد التي يمكن الاستفادة منها في تنفيذ سياسة رعاية الشباب حيث بلغت نسبتهم ٢٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,١٥ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٤١.

وبذلك نستنتج أن الاستفادة من القطاع الخاص ومساهمات رجال الأعمال من الموارد التي يمكن الاستفادة منها في تنفيذ سياسة رعاية الشباب بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٨٦,٣٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٧) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن الغرفة التجارية من الموارد التي يمكن الاستفادة منها في تنفيذ سياسة رعاية الشباب وذلك بنسبة ٥٦,٩٪ وتلتها نسبة الموافقين إلى حد ما حيث بلغت ٣٧,٣٪ وكانت نسبة غير الموافقين على أن الغرفة التجارية من الموارد التي يمكن الاستفادة منها في تنفيذ سياسة رعاية الشباب حيث بلغت نسبتهم ٥,٩٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٤٩ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦١.

وبذلك نستنتج أن الغرفة التجارية من الموارد التي يمكن الاستفادة منها في تنفيذ سياسة رعاية الشباب بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٥٦,٩٪.

وكانت أعلى قيمة في المتوسط الحسابي العبارة التي تفيد (استقطاعات من مشروعات الترفيه بالمجتمع) حيث بلغ المتوسط الحسابي ١,٥٠ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦١ وتلتها فقرة (الغرفة التجارية) حيث بلغ المتوسط الحسابي ١,٤٩ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٦١.

وكانت أقل قيمة للمتوسط الحسابي العبارة التي تفيد (جزء من الميزانية العامة للدولة) حيث بلغ المتوسط الحسابي ١,٠٩ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٣٦.

**جدول رقم (١٠)**

**يوضح وجهة نظر الأكاديميين حول المستفيدين من المتعافين**

| العبارة | موافقة | | إلى حد ما | | غير موافق | | المتوسط | الانحراف | الترتيب |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ك | % | ك | % | ك | % | | | |
| ١- المتعافين الذين لم يحصلوا على آية عقوبات سالبة للحرية. | ٣٩ | ٧٦,٥٪ | ١١ | ٢١,٦٪ | ١ | ٢٪ | ١,٢٥ | ٠,٤٨ | ٣ |
| ٢- المتعافين الذين حصلوا على عقوبات سالبة للحرية. | ٣٦ | ٧٠,٦٪ | ١٢ | ٢٣,٥٪ | ٣ | ٥,٩ ٪ | ١,٣٥ | ٠,٥٩ | ١ |
| ٣- المتعافين الذين يلتحقون بالمستشفيات برغبتهم. | ٤٢ | ٨٢,٤٪ | ٨ | ١٥,٧٪ | ١ | ٢٪ | ١,١٩ | ٠,٤٤ | ٤ |
| ٤- المتعافين الذين يلتحقون بالمستشفيات عن طريق الأهل. | ٤٢ | ٨٢,٤٪ | ٨ | ١٥,٧٪ | ١ | ٢٪ | ١,١٩ | ٠,٤٤ | ٥ |
| ٥- المتعافين الذين يلتحقون بالمستشفيات من جهات أمنية. | ٣٥ | ٦٨,٦٪ | ١٥ | ٢٩,٤٪ | ١ | ٢٪ | ١,٣٣ | ٠,٥١ | ٢ |

يتضح من خلال الجدول السابق وجهة نظر الأكاديميين حول المستفيدين من المتعافين، حيث يتضح من الفقرة رقم (١) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن المستفيدين من البرامج هم المتعافين الذين لم يحصلوا على آية عقوبات سالبة للحرية وذلك بنسبة ٧٦,٥٪ وتلتها نسبة الموافقين إلى حد ما على أن المستفيدين من البرامج هم المتعافين الذين لم يحصلوا على آية عقوبات سالبة للحرية حيث بلغت نسبتهم ٢١,٦٪ وكانت نسبة غير الموافقين على ذلك ٢٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٢٥ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٤٨.

وبذلك نستنتج أن المستفيدين من البرامج هم المتعافين الذين لم يحصلوا على آية عقوبات سالبة للحرية بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٧٦,٥٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٢) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن المستفيدين من البرامج هم المتعافين الذين حصلوا على عقوبات سالبة للحرية وذلك بنسبة ٧٠,٦٪ وتلتها نسبة الموافقين إلى حد ما على أن المستفيدين من

البرامج هم المتعافين الذين حصلوا على عقوبات سالبة للحرية حيث بلغت نسبتهم ٢٣,٥٪ وكانت نسبة غير الموافقين على ذلك ٥,٩٪ وقد بلغـت قيمـة المتوسـط ١,٣٥ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٥٩.

وبذلك نستنتج أن المستفيدين من البرامج هم المتعافين الذين حصلوا علـى عقوبات سالبة للحرية بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٧٠,٦٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٣) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن المستفيدين من البرامج هم المتعافين الذين يلتحقون بالمستشفيات برغبتهم وذلك بنسبة ٨٢,٤٪ وتلتها نسبة الموافقين إلى حد ما على أن المستفيدين من البرامج هم المتعافين الذين يلتحقون بالمستشفيات برغبتهم حيث بلغت نسبتهم ١٥,٤٪ وكانـت نسبة غير الموافقين على ذلك ٢٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,١٩ وبلغـت قيمـة الانحراف ٠,٤٤.

وبذلك نستنتج أن المستفيدين من البرامج هم المتعـافين الـذين يلتحقـون بالمستشفيات برغبتهم بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغت ٨٢,٤٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٤) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن المستفيدين من البرامج هم المتعافين الذين يلتحقون بالمستشفيات عـن طريـق الأهل وذلك بنسبة ٨٢,٤٪ وتلتها نسبة الموافقين إلى حد ما على أن المـستفيدين من البرامج هم المتعافين الذين يلتحقون بالمستشفيات عن طريق الأهل حيث بلغت نسبتهم ١٥,٧٪ وكانت نسبة غير الموافقين على ذلك ٢٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,١٩ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٤٤.

وبذلك نستنتج أن المستفيدين من البرامج هم المتعـافين الـذين يلتحقـون بالمستشفيات عن طريق الأهل بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلك بلغـت ٨٢,٤٪.

كما يتضح من الفقرة رقم (٥) أن أعلى نسبة من حجم العينة موافقين على أن المستفيدين من البرامج هم المتعافين الذين يلتحقون بالمستشفيات مـن جهـات أمنية وذلك بنسبة ٦٨,٦٪ وتلتها نسبة الموافقين إلى حد ما على أن المستفيدين من البرامج هم المتعافين الذين يلتحقون بالمستشفيات من جهات أمنيـة حيـث بلغـت

نسبتهم ٢٩,٤٪ وكانت نسبة غير الموافقين على ذلك ٢٪ وقد بلغت قيمة المتوسط ١,٣٣ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٥١.

وبذلك نستنتج أن المستفيدين من البرامج هم المتعـافين الـذين يلتحقـون بالمستشفيات من جهات أمنية بدليل أن إجمالي درجات الموافقة على ذلـك بلغـت ٦٨,٦٪.

وكانت أعلى قيمة في المتوسط الحسابي العبارة التي تفيد (المتعافين الـذين حصلوا على عقوبات سالبة للحرية) حيث بلغ المتوسط الحـسابي ١,٣٥ وبلغـت قيمة الانحراف ٠,٥٩ وتلتها فقرة (المتعافين الذين يلتحقـون بالمستـشفيات مـن جهات أمنية) حيث بلغ المتوسط الحسابي ١,٣٣ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٥١.

وكانت أقل قيمة للمتوسط الحسابي العبارة التي تفيـد (المتعـافين الـذين يلتحقون بالمستشفيات عن طريق الأهل) حيث بلغ المتوسط الحسابي ١,١٩ وبلغت قيمة الانحراف ٠,٤٤.

## النتائج الخاصة بالأكاديميين

- أن مجلس الوزراء من الذين تقع عليهم مسئولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية بنسبة ٥٢,٩٪.
- أن أعضاء لجنة الشئون الصحية بمجلس الشورى من الذين تقع عليهم مسئولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية بنسبة ٧٦,٥٪.
- أن القائمون على تنفيذ البرامج الخاصة برعاية المدمنين من الذين تقع عليهم مسئولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية بنسبة ٨٤,٣٪.
- أن ممثلو الأندية الرياضية من الذين تقع عليهم مسئولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية بنسبة ٩٠,٢٪.
- أن الأخصائيون الاجتماعيون بمؤسسات رعاية المدمنين من الذين تقع عليهم مسئولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية بنسبة ٩٦,١٪.
- أن الأكاديميون ممن لهم اهتمامات برعاية المدمنين من الذين تقع عليهم مسئولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية بنسبة ٩٠,٢٪.
- أن رجال الأعمال من الذين تقع عليهم مسئولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية بنسبة ٨٢,٤٪.
- أن العاملون في مجال الإعلام من الذين تقع عليهم مسئولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية بنسبة ٩٦,١٪.
- أن الخدمات الرياضية من الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعافين من الإدمان بنسبة ٨٦,٣٪.
- أن الخدمات الثقافية من الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعافين من الإدمان بنسبة ٩٢,٢٪.
- أن الخدمات الاجتماعية من الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعافين من الإدمان بنسبة ٩٦,١٪.
- أن الخدمات المساعدة (نفسية وتأهيلية) من الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعافين من الإدمان بنسبة ٩٠,٢٪.

- أن وجود برامج تشغيل مناسبة من الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعـافين من الإدمان بنسبة ٨٠,٤٪.
- أن برامج تنمية القوى البشرية العاملة في مجالات رعاية المتعـافين مـن الإدمان من الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعـافين مـن الإدمـان بنـسبة ٨٢,٤٪.
- أن البرامج التأهيلية والتدريبية من الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعـافين من الإدمان بنسبة ٩٢,٢٪.
- أن برامج الرعاية الصحية من الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعافين مـن الإدمان بنسبة ٩٤,١٪.
- أن هيئة الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر من المنظمات التي يجـب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعـافين من الإدمان بنسبة ٨٢,٤٪.
- أن الأندية الرياضية والاجتماعية من المنظمات التي يجب أن يوكـل لهـا مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان بنسبة ٦٢,٧٪.
- أن مراكز رعاية الشباب من المنظمات التي يجب أن يوكل لهـا مـسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان بنـسبة ٧٦,٥٪.
- أن أجهزة الإعلام من المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان بنسبة ٦٠,٨٪.
- أن القطاع الخاص من المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان بنسبة ٩٠,٢٪.
- أن الأجهزة السياسية من المنظمات التي يجـب أن يوكـل لهـا مـسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان بنـسبة ٦٤,٧٪.

- أن وزارة العدل من المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المـشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان بنسبة ٩٢,٢٪.
- أن المجتمع المدني من المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الإدمان بنسبة ٧٠,٦٪.
- أن جزء من الميزانية العامة للدولة من الموارد التي يمكن الاستفادة منهـا في تنفيذ سياسة رعاية الشباب بنسبة ٩٢,٢٪.
- أن التبرعات والهبات والوصايا والأوقاف من الموارد التي يمكن الاستفادة منها في تنفيذ سياسة رعاية الشباب بنسبة ٧٤,٥٪.
- أن إقامة المعارض الخيرية والاستفادة من حصيلتها في البـرامج اللاحقـة للرعاية من الموارد التي يمكن الاستفادة منها في تنفيـذ سياسـة رعايـة الشباب بنسبة ٧٢,٥٪.
- أن الاستفادة من القطاع الخاص ومساهمات رجال الأعمال مـن المـوارد التي يمكن الاستفادة منها في تنفيذ سياسة رعاية الشباب بنسبة ٨٦,٣٪.
- أن المستفيدين من البرامج هم المتعافين الذين لم يحصلوا على آية عقوبات سالبة للحرية بنسبة ٧٦,٥٪.
- أن المستفيدين من البرامج هم المتعافين الذين حصلوا على عقوبات سـالبة للحرية بنسبة ٧٠,٦٪.
- أن المستفيدين من البرامج هم المتعـافين الـذين يلتحقـون بالمستـشفيات برغبتهم بنسبة ٨٢,٤٪.
- أن المستفيدين من البرامج هم المتعافين الذين يلتحقون بالمستـشفيات عـن طريق الأهل بنسبة ٨٢,٤٪.

## الإجابة على تساؤلات الدراسة

بنيت الدراسة على عدة تساؤلات هي :

١. ما هي أشكال الجهود الحالية لبرامج الرعاية اللاحقة المقدمة للمتعافين من الإدمان؟

أ) ما هي طبيعة البرامج التوجيهية المقدمة للمتعافين من إدمان المخدرات ؟

ب)ما دور البرامج الحالية للرعاية اللاحقة للمتعافين من إدمان وتعاطي المخدرات في الحد من عودتهم إلى التعاطي؟

٢. ما هي طبيعة مقومات الإستراتيجية المقترحة لبرامج الرعاية اللاحقة للمتعافين من الإدمان (مقوم المسؤولية، مقوم نوعية الخدمات التي يجب أن تحتويها الرعاية اللاحقة للمتعافين، مقوم المنظمات المقدمة للخدمة والداعمة لها، مقوم الموارد، مقوم المستفيدين من المتعافين) .

فبالنسبة للتساؤل الأول وهو أشكال الجهود الحالية لبرامج الرعاية اللاحقة المقدمة للمتعافين من الإدمان والمتمثلة في طبيعة البرامج التوجيهية المقدمة للمتعافين من الإدمان، تبين أن المتوسط العام لإجابات أفراد العينة من الممارسين بلغ ١,٧٠ حيث كان المتوسط العام بالنسبة للبرامج التثقيفية ١,٥٥ والبرامج البرامج التعليمية ٢,١ وبرامج الوعظ والإرشاد ١,٧٦ البرامج الرياضية ١,٦٠ متساوية مع برامج إعادة بناء الجانب العقلي والمعرفي حيث بلغت ١,٦٠ والبرامج الاقتصادية بلغت ١,٧٦ والبرامج النفسية بلغت ١,٥٧، وبذلك يكون المتوسط العام لطبيعة البرامج الحالية المقدمة ١,٧٠ وهو متوسط مقبول نسبياً وبذلك نقبل صحة التساؤل.

أما بالنسبة لدور البرامج الحالية للرعاية اللاحقة للمتعافين من إدمان المخدرات في الحد من عودتهم إلى التعاطي . فيتضح من خلال الإجابات أن

المتوسط المرجح العام للتساؤل بلغ ١,٥٩ وهو متوسط مقبول نسبياً مما يدفعنا إلى قبول صحة التساؤل برغم من أنه يبين وجود نسبة تشتت تدل علـى أن البـرامج الحالية اللاحقة للمتعافين تعتبر مقبولة نسبياً مما يؤكد صحة التساؤل.

أما بالنسبة للتساؤل الثاني والذي يوضح طبيعـة مقومـات الإسـتراتيجية المقترحة لبرامج الرعاية اللاحقة للمتعافين من الإدمان (مقوم المـسؤولية، مقـوم نوعية الخدمات التي يجب أن تحتويها الرعاية اللاحقة للمتعافين، مقوم المنظمـات المقدمة للخدمة والداعمة لها، مقوم الموارد، مقوم المستفيدين من المتعافين).

ومن خلال ذلك توضح طبيعة مقومات الاسـتراتيجية المقترحـة لبـرامج الرعاية اللاحقة للمتعافين من الإدمان من وجهة نظر الأكاديميين ومستوياتها أقـل من المتوسط حيث بلغ المتوسط المرجح بالنسبة لمقوم المـسئولية ١,٦٣ ومقـوم نوعية الخدمات التي يجب أن تحتويها الرعاية اللاحقة للمتعـافين ١,٣٦ ومقـوم المنظمات المقدمة للخدمة والداعمة لها ١,٦٨، ومقـوم المـوارد ١,٥٢ ومقـوم المستفيدين من المتعافين بلغ ١,٤٦ مما أثر على المتوسط المرجح العام والذي بلغ ١,٥٣ وهذه دلالة على أن المقومات السابقة تحتاج إلى إعادة نظر أو رعايـة أو تحتاج إلى اهتمامات بشكل أفضل سواء بالنسبة لمقوم المسؤولية فيجب أن يكـون هناك دور فعال للأخصائيين بمؤسسات رعاية المدمنين، ويجب أن يكون القائمون على تنفيذ البرامج الخاصة برعاية المتعافين من الإدمان على أعلى مستوى مـن المسؤولية والخبرة والكفاءة والفاعلية بالشكل الذي يسهم في تقديم برامج تتماشـى مع طبيعة المتعافين من الإدمان . وأيضاً بالنسبة لنوعية الخدمات فلابد أن تكـون الخدمات بشكل أفضل سواء بالنسبة للبرامج التأهيلية وبرامج الرعايـة الـصحية، نظراً للخصوصية التي يتسم بها المتعافين من الإدمـان، هـذا بالإضـافة إلـى المنظمات التي يوكل لها مسؤولية المشاركة، فيجب أن يكون لوزارة العـدل دور أكثر مما هو حاصل عليه الآن، من ناحية سـن التـشريعات المناسـبة بالنـسبة للمتعافين وأيضاً مراكز رعاية الشباب لابد أن تطور برامجها وتعمل على تقبـل

المتعافين من الإدمان . أما بالنسبة لمقوم الموارد فلابد أن تزداد البنود المخصصة في الميزانية لرعاية المتعافين من الإدمان بالشكل الذي يسهم في إثـراء البـرامج المقدمة لهم وزيادة عمليات الدعم للمتعافين من الإدمان لهم ولأسرهم مما يـدفعنا إلى ضرورة وضع استراتيجية مقترحة لمساعدة المتعافين من الإدمان للحـد مـن عودتهم إلى إدمان وتعاطي المخدرات.

# الإطار التصوري لاستراتيجية مقترحة
# لرعاية المتعافين من الإدمان

**تمهيد :**

أوضحت الدراسات المختلفة والمشاهدات الحالية أهمية رعاية المتعافين من الإدمان، رعاية اجتماعية تحد من انتكاستهم مرة أخرى والعودة إلى الإدمان، وذلك نتيجة لبعض المواقف التي يمكن أن يتعرض لها المدمن المتعافي بعد تعافيه من الإدمان وعدم تقبله من المجتمع أو لفظه، مما يؤدي إلى انتكاسته إلى الإدمان، لذلك يستهدف هذا الإطار التصوري بناء استراتيجية مقترحة لرعاية المتعافين من الإدمان . وسنحاول عرض التصور على النحو التالي :

**أولاً : الأسس التي يقوم عليها التصور المقترح للاستراتيجية :**

- نتائج الدراسات السابقة التي توصلت إليها الدراسة .
- الإطار النظري للخدمة الاجتماعية ودورها في الرعاية اللاحقة للمدمنين المتعافين .
- النتائج التي توصلت إليها الدراسة الميدانية .

**ثانياً : الهدف العام من الإطار المقترح للاستراتيجية :**

يستهدف هذا الإطار محاولة إيجاد استراتيجية فعالة لرعاية المدمنين المتعافين من عودتهم إلى الإدمان وانتكاستهم بسبب لفظ المجتمع لهم وعدم تقبله لهم، ويرى الباحث أن التركيز على الخدمات الاجتماعية والخدمات المساندة مثل عمليات التوجيه والإرشاد والوعظ الديني والدعم المادي وشغل أوقات الفراغ لهؤلاء المدمنين المتعافين يسهم في الحد من عودتهم أو عدم انتكاستهم مرة أخرى، كما أن تهيئة الظروف البيئية لهؤلاء المدمنين المتعافين والنظر في أحوالهم المادية والاقتصادية والاجتماعية ومحاولة تحسينها بإيجاد وظائف وتوعية المجتمع بضرورة التعاون بشكل جيد مع هؤلاء المدمنين المتعافين يسهم بطريقة فعالة في عدم انتكاستهم، وهذا ما توصلت إليه الدراسات السابقة والأطر النظرية.

**ثالثاً : الفلسفة التي يستند عليها التصور المقترح للاستراتيجية :**

يستند هذا التصور إلى مجموعة من الحقائق منها :

- أن المتابعة المستمرة من قبل الأخصائيين الاجتماعية والنفسيين تسهم في الحد من انتكاسة المدمن المتعافي.
- إن توعية المجتمع بتقبل المدمن المتعافي نفسياً واجتماعياً يحد من انتكاسته والحد من عودته لإدمان وتعاطي المخدرات .
- إن عمليات التوجيه والوعظ الديني تسهم في توعية المدمن المتعافي والحد من انتكاسته من إدمان وتعاطي المخدرات .
- إن تهيئة الظروف البيئية تسهم في التخطيط لشغل أوقات الفراغ واستغلالها بطريقة بناءة.
- تساعد البرامج التي تقدم للمتعافين على تكوين علاقات إيجابية جديدة مع المحيطين به.
- تساعد البرامج المدمن المتعافي للاعتماد على نفسه وتحمل المسؤولية.
- تساعد البرامج المقدمة المتعافي على تحسين علاقاته الأسرية.
- تساعد البرامج المقدمة المدمن المتعافي على التعامل مع بعض المشكلات التي قد يواجهها خلال فترة التعافي .
- تساعد البرامج المقدمة للمتعافين في توفير الأعمال المناسبة.
- تساهم البرامج الدينية في مساعدة المدمن المتعافي على تقوية صلته بالله عز وجل.
- تسهم البرامج النفسية على وضعها الحالي في بناء شخصية المتعافي وتدفعه إلى تحمل المسؤولية .
- تسهم البرامج النفسية في توفير الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية والتأهيلية اللازمة للمتعافي.

**رابعاً : الموجهات النظرية التي يستند عليها التصور المقترح للاستراتيجية**

**النظرية الأيكولوجية :**

يقوم المدخل الايكولوجي ecological approach علي تقسيم المجتمع إلي مناطق . أو مدن . ثم تقسيمها عمرانياً . يتوزع السكان من خلاله . والتقسيم العمراني ينطبع بطابع ثقافي مميز يظهر في تصرفات ساكنيه . وفي معاييرهم السلوكية . كما أن هناك عوامل أخري لها تأثيرها في تشكيل الثقافات . والصناعات والمواصلات . لها تأثيرها القوي سواء علي الأحياء السكنية .أو علي الفرد والمجتمع بأسره . ومن هذا المنطلق يهتم المدخل الايكولوجي بدراسة العلاقة بين الإنسان وبيئته . لأجل الوقوف علي طبيعة التفاعل بينهما . وطبيعة التأثيرات المتبادلة بينهما .

ومن وجهة نظر المدخل الايكولوجي يفسر تعاطي المخدرات وإدمانها بأنها ظاهرة اجتماعية مرضية . بذرت ونمت في بيئة خصبة تتميز عادة بزيادة عدد السكان وارتفاع معدلات الجريمة والانحراف والبطالة . ولو أردنا سحب هذا المنظور علي المستوي المجتمعي لوجدنا ذلك ينطبق – إلي حد ما – علي تعاطي الهيروين وإدمان في المجتمع الباكستاني . وتعاطي القات في المجتمع اليمني . أما علي مستوي المناطق داخل المجتمع الكبير فنري ذلك من خلال الدراسة الحضارية المقارنة في (لاوس ) التي قارنت بين مجتمع (لاو ) Lao ومجتمع (ماو ) Meo حيث وجد أن تعاطي الكحول منتشر بين أفراد المجتمع الأول . في حين أن تعاطي الأفيون منتشر بين أفراد المجتمع الثاني . ويعود ذلك إلي أن الأفيون ينمو في مزارع مجتمع ( ماو ) . أما مجتمع ( لاو ) فقد كان الأرز يصنع منه الكحول شائعاً في مزارع ذلك المجتمع (العشماوي، ١٤١٤، ص٦٨) أما علي مستوي التقسيم العمراني . أو الأحياء السكنية داخل المدينة فحي( الباطنية ) بمدينة القاهرة . كان في وقت من الأوقات بيئة خصبة لتعاطي المخدرات وإدمانها.

وقد أكدت بعض الدراسات العلمية علي وجود علاقة بين الوضع البيئـي. وإدمان المخدرات . حيث يرتفع معدل استهلاك العقاقير المخدرة وإدمانهـا فـي المناطق الكبيرة . والمهدمة والمزدحمة بالسكان . وخصوصاً مـن ذوي الـدخل المحدود . ولا يقف الحد عند ذلك بل إنها تكون بيئات خصبة لأمراض اجتماعيـة أخري . كالتشرد . والجريمة . والبغاء . وغيرها .

**نظرية الصراع :-**

ترجع نظرية الصراع conflict theory في تراثها التـاريخي إلـي الفيلسوف " هيجل " ثم تبني النظرية من منظور اقتصادي العـالم الألمـاني (كارل ماركس ) ليعبر بها عن اتجاه ينظر إلي المجتمع بمنظور راديكـالي . وبما أن النظرية في تقسيمها للمجتمع إلي شرائح اقتصادية تبدو أكثـر دقـة ومصداقية . حيث تري بأن المجتمع عبارة عن طبقات تتصارع فيما بينها من أجل المصلحة الخاصة . فمشكلات الفقراء . سببها الأغنياء . وبذلك يكـون العلاج الأخذ من الأغنياء وإعطاء الفقراء . إلا أنة يمكن سحب النظرية علي مجالات أخري . بل إن الواقع أحياناً يقدم لنـا تفـسيراً لـبعض المـشكلات المجتمعة . سببه صراع بين فئتين أو طبقتين اجتماعيتين . وهو ما أوضحته النظرية من خلال فرضيتها الرئيسية التي تقوم عليها وهي فرضية الصراع . الذي ينتج عنه مشكلة أو مشكلات اجتماعية . تكون من نصيب الخاسر فـي ذلك الصراع . فمثلاً رفع سن التقاعد الإجباري يمنح المسنين فرصاً وظيفية. ولكنه في المقابل يقلل من الفرص الوظيفية أمام الشباب . وهكذا .

وبناء علي تلك المنطلقات تقـدم النظريـة تفـسيراً خاصـاً لتعـاطي المخدرات والإدمان عليها . حيث تري بأن متعاطي المخدرات هم من شرائح

اجتماعية متماثلة دخلوا في صراع مع شرائح أخري كان نصيبهم الخسارة . التي يعبر عنها من وجهة نظر النظرية بتعاطي المخدرات وإدمانها .

والخلاصة أن نظرية الصراع تضع المجتمع في صورة خارطة مـن الجماعات المتصارعة . التي تسعي لفرض خططها المصلحية علي جماعـة أو الجماعات الأخرى . هذه الصراعات الطبقية قد يكون منبعها الجنس . أو العرق . أو الدين . المادة . وبالتالي فإن مطالبها تكون متباينة . ومما لا شك فيه أن الخسارة ستكون هي الأخرى متباينة . سواء في حقيقتها كخـسارة أو حتى في التعبير عنها . وهذا التباين يتفاوت من زمن لأخر . ومـن جماعـة لأخري ومن صراع لأخر .(السنهوري، ١٤٢٤هـ، ١٦٦-١٦٧)

ويمكن الاستفادة من مثل هذه النظرية بالتطبيق على المدمن المتعـافي نظراً للصراع الذي يشعر به نتيجة لعدم تقبل المجتمع له ولفظه من المجتمع، مما يدفعه إلى الانتكاسه والعودة إلى الإدمان مرة أخرى.

**خامساً : المحتوى الذي يتضمنه الإطار التصوري المقترح للاستراتيجية :**

يستند هذا الإطار على محتويات أساسية تتضمن ما يلي :

١) توفير كافة الخدمات الاجتماعية والنفسية والخدمات المساندة إلى المدمن المتعافي من خلال القطاعات التالية :

- المسجد والأئمة .
- المستشفيات ووزارة الصحة .
- رجال الدين بالمجتمع .
- الأخصائيين الاجتماعية بمؤسسات رعاية المدمنين.
- الأكاديميين ممن لهم اهتماماته برعاية المدمنين .
- العاملين في مجال الإعلام .

٢) توفير الخدمات الرياضية والثقافية والاجتماعية للمدمن المتعافي حتى نحد من انتكاسته.

٣) توفير برامج القوى العاملة والتشغيل للمدمنين المتعافين من الإدمان للحد من عودته للانتكاسه .

٤) تفعيل دور هيئات الوعظ والإرشاد لتوعية المجتمع بكيفية التعامل مع المدمن المتعافي .

٥) تطوير نظم المتابعة والمراقبة المستمرة حول سلوكيات المدمن المتعافي من خلال الزيارات الميدانية للمدمن المتعافي سواء داخل الأسرة أو في مكان العمل .

٦) التركيز على البرامج والتوعوية والتثقيفية للمدمن المتعافي وأسرته .

٧) الاهتمام بعمل البرامج والندوات واللقاءات المختلفة عبر وسائل الإعلام المختلفة لتوعية المجتمع بضرورة تقبل المدمن المتعافي وإعادة دمجه في المجتمع مرة أخرى حتى يتم الحد من فرص عودته للانتكاسة مرة أخرى.

٨) زيادة الدعم المادي والمعنوي للمتعافين من الإدمان بالشكل الذي يسهم في تلبية احتياجاته . واحتياجات أسرته.

٩) توفير الكوادر الفنية والبشرية المؤهلة للتعامل بشكل جيد مع المتعافين من الإدمان وإعداد برامج للمتابعة والزيارات الميدانية بصورة تسهم في حل مشكلات المتعافين من الإدمان وتحد من انتكاستهم وعودتهم إلى إدمان وتعاطي المخدرات.

١٠) العمل شغل أوقات فراغ المتعافين من الإدمان، وتنمية النواحي الإيجابية والسلوك الإيجابي للمدمن المتعافي .

**توصيات لدراسات مقترحة :**

- دراسة دور البرامج التثقيفية في الحد من العـودة إلـى إدمـان وتعـاطي المخدرات .
- دراسة دور مؤسسات المجتمع المدني في مساعدة المتعافين مـن الإدمـان والحد من عودتهم لتعاطي وإدمان المخدرات.

# قائمة المراجع


١. أبو عباة، صالح ونيازي، عبد المجيد (١٤١٩هـ)، أساسيات ممارسة طريقة العمل مع الجماعات، الرياض، مكتبة العبيكان.

٢. أبو عينين. علي خليل (١٤٠٧هـ) . التربية الإسلامية والتنمية. الرياض. رسالة الخليج العربي. مكتب التربية العربي لدول الخليج. العدد ٢٢ السنة السابعة.

٣. بدر، عبد المنعم محمد (١٩٨٥) مشكلة التعامل مع المخدرات، سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية.

٤. بدوي، أحمد زكي (١٩٨٢) : معجم ومصطلحات العلوم الاجتماعية. مكتبة لبنان، بيروت.

٥. توفيق، عبد الرحمن (٢٠٠٣) التخطيط الاستراتيجي هل يخلو المستقبل من المخاطر، مركز الخبرات المهنية، القاهرة.

٦. ثابت، ناصر( ١٩٨٤م ): "المخدرات وظاهرة استنشاق الغازات"، دراسة استطلاعية، منشورات ذات السلاسل، ط١، الكويت.

٧. جلبي، علي عبد الرزاق (١٩٧٣) أثر عمليات الرعاية اللاحقة في سلوك الأحداث المفرج عنهم، المجلة الجنائية القومية، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة، المجلد ١٦، العدد الأول.

٨. الجهني، غازي رحيمي (١٤١٥) اتجاهات المجتمع السعودي نحو السجناء المفرج عنهم، رسالة ماجستير غير منشورة، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض.

٩. الجوهري. محمد (١٩٨٥م) "علم الاجتماع وقضايا التنمية في العالم الثالث" القاهرة. دار المعرفة.

١٠. حسن، محمود (١٩٩٥) مقدمة الخدمة الاجتماعية، دار الكتب الجامعية، الإسكندرية.

١١. الحناكي، علي (١٤٠٦) دور الرعاية اللاحقة في الحد من جرائم العود رسالة ماجستير غير منشورة، المركز العربية للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض.

١٢. الحناوي، محمد صالح (٢٠٠٠) الإدارة الاستراتيجية إدارة الألفية الثالثة، الدار الجامعية، الإسكندرية.

١٣. الخالدي، عطا (١٩٨١) الاسباب المؤدية إلى تعاطي الكحول والادمان عليها، المركز العربي للدراسات الامنية، الرياض.

١٤. الخطيب، محمد (١٩٩٠م)، المخدرات وأخطر الحروب في العالم المعاصر، مجلة الهداية، وزارة العدل والشئون الإسلامية، البحرين.

١٥. خليفة، محروس محمود (١٤٢٠) اتجاهات الرعاية الاجتماعية ومداخلها المهنية، جامعة عين شمس، القاهرة .

١٦. الخميسي، السيد سلامه (٢٠٠٥م)، " محاضرات التربية والتنمية" جامعة الملك سعود، كلية التربية .

١٧. الربايعة، أحمد (١٤١٠) مشكلات المسجونين المفرج عنهم ووضع الرعاية اللاحقة فـي الأردن، ورقة عمل مقدمة إلى المؤتمر الدولي العربي الأول للرعاية اللاحقة، القـاهرة، جماد الأول.
١٨. الرشود، حامد ناصر(١٤٢٤هـ)، البرنامج المقترح لمنزل منتصف الطريق . الريـاض : مجمع الأمل للصحة النفسية، الإدارة الطبية لأقسام الإدمان.
١٩. الريس، عبد العزيز ناصر، ( ١٤١٥هـ ): "العوامل الاجتماعية المرتبطة بـالعود إلـى تعاطي المخدرات بعد العلاج"، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعـة الملـك سـعود، الرياض.
٢٠. الزهراني، سعد عبد الله بردي (١٤١٦) التخطيط الاستراتيجي لمؤسسات التعليم العـالي، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
٢١. السعيد، أحمد (١٤١٢) دراسة لبعض متغيرات الشخصية للمجرمين العائدين للسجون في المملكة العربية السعودية، رسالة دكتوراه غير منشورة، قسم علم النفس، جامعـة الإمـام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض.
٢٢. السنهوري، عبدالمنعم وآخرون(١٤٢٤هـ)، الانحراف الاجتماعي :نظريـات وتطبيقـات، القاهرة :مطبعة جامعة طنطا للكتاب الجامعي.
٢٣. السويد، محمد بن علي (١٤١٥) للوطن رعاية وشباب، لمحات وتأملات حـول تجربـة المملكة العربية السعودية في رعاية الشباب، مطابع الشرق، الرياض.
٢٤. سويف، مصطفى، وآخرون (١٩٩١م) المخدرات والشباب في مصر، المركـز القـومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، مصر.
٢٥. سويف، مصطفى، وآخرون (١٩٨٨) نحو سياسة وقائية متكاملة في مواجهـة مـشكلات الإدمان في مصر، المركز القومي، مصر.
٢٦. الشناوي، محمد محروس. خضر، علي السيد.( ١٩٨٨). الأكتئـاب وعلاقتـــــــة بالشعور بالوحدة وتبادل العلاقات الأجتماعية. كتاب مؤتمرعلم النفس الرابع. القـاهرة : مركزالتنمية البشرية والمعلومات.
٢٧. شوقي، مدحت عزيز(١٩٨٥) " أسطوانات المخدرات " – الهيئة المصرية العامة للكتاب – القاهرة.
٢٨. الصادي، أحمد فوزي (١٤٠٨) رعاية أسر النزلاء كأسلوب من أساليب الرعاية اللاحقة، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض.
٢٩. الصالح، نزار بن حسين محمد (٢٠٠٧) دراسة بعض المتغيرات النفـسية والاجتماعيـة المرتبطة بتعاطي المخدرات لدى الأحداث والشباب في المملكة العربية السعودية، المركز ألمني للتدريب، الرياض.

٣٠. عبد الرازق، أحمد جلال (١٩٩٠م) : المخدرات والتجريم، مجلة الهدايـة، وزارة العـدل والشؤون الإسلامية، البحرين،ع ١٥٥، س١٣.
٣١. عبد الصمد، عبد الفتاح (١٤٠٨) نموذج عربي للرعاية اللاحقة للأحـداث فـي الـوطن العربي، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض.
٣٢. عبد العال، عبد الحليم (١٤٠٨) تجارب وخبرات محلية ودولية فـي الرعايـة، المركـز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض.
٣٣. عبد الكريم، صبحي (١٩٩٠) تعاطي المخدرات، دار النهضة، بيروت.
٣٤. العثمان، حياة عبد العزيز (١٤١٨) منهج الرعاية الاجتماعية للشباب، جامعة الملك سعود، الرياض.
٣٥. عفيف، عبد الحكيم (١٩٨٦) م .الإدمان . القاهرة : الزهراء للإعلام العربي.
٣٦. عفيف، عبد الحكيم (٢٠٠٠)، التخطيط لمواجهة المخدرات، القاهرة : الزهراء للإعـلام العربي.
٣٧. علي، ماهر أبو المعاطي (٢٠٠٠م)، الخدمة الاجتماعية ومجالات الممارسة المهنية. جامعة حلوان :مركز توزيع الكتاب الجامعي.
٣٨. العمري، عبيد بن عبد الله (٢٠٠٦) اتجاهات الشباب نحو الإدمان والمشاركة في بـرامج الوقاية، كلية الآداب، جامعة الملك سعود، قسم الدراسات الاجتماعية، الرياض.
٣٩. العنزي، محمد بطي(٢٠٠٣):"الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للعائدين لجريمة ترويج المخدرات"، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.
٤٠. غبارى، محمد سلامة (١٩٨٣) الخدمة الاجتماعية ورعايـة الـشباب فـي المجتمعـات الإسلامية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
٤١. غباري، محمد (١٤٠٢) المدخل إلى علاج المـشكلات الاجتماعيـة الفرديـة، المكتـب الجامعي، الإسكندرية.
٤٢. كامل، أحمد فؤاد (١٩٨٩م)، السموم البيضاء والنتائج السوداء، مجلة الكويت، ع٨٠،س٨.
٤٣. المجلس الأعلى للشؤون الإسلامية (١٩٨٦م)، أضرار المخدرات، سلسلة رسالة الإمـام، ع٧، القاهرة.
٤٤. مدكور، إبراهيم (١٩٧٥م)، في الأخلاق والاجتماع، الهيئة المـصرية العامـة للكتـاب، القاهرة.
٤٥. منصور، عبد الحميد سيد أحمد (١٤٢٥هـ)، الإدمان: أسبابه ومظاهره-الوقاية والعلاج، مركز أبحاث الجريمة، وزارة الداخلية، الرياض.
٤٦. النجار، مساعد (١٩٩٤م)، أسباب تعاطى المخدرات : دراسة مسحية . الكويـت : وزارة الداخلية.

٤٧. النوري،عبد الغني (١٤٠٩هـ) " اتجاهات جديدة في اقتصاديات التعليم في البلاد العربية " الدوحة، دار الثقافة.
٤٨. نيازي، عبد المجيد طاش (١٤٢٨هـ)، المشكلات النفسية والاجتماعية التي تواجه المتعافين ودور الخدمة الاجتماعية في التعامل معها . ورشة عمل، الرياض :مجمع الأمـل للـصحة النفسية.
٤٩. نيازي، عبد المجيد طاش (١٤٢٩هـ)، فن تصميم وتنفيذ الخطط العلاجية. ورشة عمـل، جدة :مستشفى الصحة النفسية.
٥٠. وزارة الاقتصاد والتخطيط، خطط التنمية.

# الــــمــــــلاحـــــق

## أسماء الأساتذة الأفاضل المحكمين للأستانة

ملحق رقم (١)

| تسلسل | اسم الحكم | وظيفته | الجهة |
|---|---|---|---|
| ١ | د/عبدالعزيز الشثري | أستاذ | جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية كلية العلوم الاجتماعية قسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية |
| ٢ | د/أحمد البار | أستاذ مساعد | جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية كلية العلوم الاجتماعية قسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية |
| ٣ | د/منصور العسكر | أستاذ مشارك | جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية كلية العلوم الاجتماعية قسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية |
| ٤ | د/مصطفى قاسم | أستاذ مشارك | جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية كلية العلوم الاجتماعية قسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية |
| 5 | د/محمد سعيد محسن | أستاذ مشارك | جامعة الملك سعود –قسم الدراسات الاجتماعية |
| 6 | د/علي سيد مسلم | أستاذ مشارك | جامعة الملك سعود –قسم الدراسات الاجتماعية |
| 7 | د/زغلول عباس حسنين | أستاذ مساعد | جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية كلية العلوم الاجتماعية قسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية |

جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية
كلية العلوم الاجتماعية
قسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية
الدراسات العليا - ماجستير

استبيان (الممارسين)

# تصور مقترح لبناء إستراتيجية برامج رعاية لاحقة للمتعافين من الإدمان
دراسة ميدانية ضمن متطلبات الحصول على درجة الماجستير في الخدمة الاجتماعية
مسار الإدارة والتخطيط

إعداد الطالب
عبدالرحمن محمد الخراشي

إشراف الأستاذ الدكتور
أيمن إسماعيل يعقوب
أستاذ الخدمة الاجتماعية

بيانات هذه الدراسة سرية ولا تستخدم الا لأغراض البحث العلمي

بسم الله الرحمن الرحيم

أخي الفاضل:

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

لما كانت مشكلة الإدمان من المشاكل التي تهادم امن المجتمعـات وتـدمر طاقاتهـا البشرية لذلك فإن هذا الاستبيان يقف على أراء المختصين والأكاديميين نحو تـصور مقتـرح لبناء إستراتيجية برامج رعاية لاحقه للمتعافين من الإدمان ولا شك ان عمليـة التعـافي مـن الإدمان لابد ان نوليها جل اهتمامنا وان نقوم بالتخطيط للبرامج المناسبة التي تؤدي من الوقاية للعودة إلي الإدمان من خلال برامج الرعاية اللاحقة للمتعافين من الإدمان .

لذلك فإن الاستبيان الذي بين يديكم يدور موضوعه حول (تصور مقترح لبنـاء إسـتراتيجية برامج رعاية لاحقة للمتعافين من الإدمان) ضمن متطلبات الحصول على درجـة الماجـستير في الخدمة الاجتماعية تخصص الادارة والتخطيط.

لذا نرجو التكرم بتخصيص جزء من وقتكم الثمين في الإجابة على الأسـئلة المرفقـة بكل مصداقية حيث أنها لغرض البحث العلمي كما أنها يمكن ان تسهم في الوقاية من العـودة إلى الإدمان بعد تعافي المدمن وهذا يعتبر من الأعمال الجيدة والتي تستحق المـساهمة فيهـا للحفاظ على طاقتنا البشرية علماً بأن أسئلة الدراسة كانت على النحو التالي :

شاكرين ومقدرين حسن تعاونكم معنا...

الباحث .

أولاً : بيانات أولية :

١- العمر :

١) من ٢٠ إلى ٣٠ سنة ( ) ٢) من ٣١ إلى ٤٠ سنة ( )

٣) من ٤١ إلى ٥٠ سنة ( ) ٤) ٥١ سنة فأكثر ( )

٢- الحالة الاجتماعية :

١) أعزب ( ) ٢) متزوج ( ) ٣) مطلق ( ) ٤) أرمل ( )

٣- المستوى التعليمي :

١) ثانوية عامة ( ) ٢) بكالوريوس ( ) ٣) دراسات عليا ( )

٤- سنوات الخبرة :

١) ١ إلى ٣ سنوات ( ) ٢) ٤ إلى ٦ سنوات ( )

٣) من ٧ إلى ٩ سنوات ( ) ٤) أكثر من ١٠ سنوات ( )

٥- عدد الدورات التدريبية التي تم الالتحاق بها :

١) من ١-٣ أشهر ( ) ٢) من ٣-٦ أشهر ( )

٣) من ٦ أشهر – سنة ( ) ٤) من ١-٢ سنة (

٦- مدة العمل في مجال إدمان وتعاطي المخدرات :

١) سنة واحدة ( ) ٢) سنتان ( )

٣) ثلاث سنوات ( ) ٤) أربع سنوات ( )

٥) خمس سنوات ( ) ٦) أكثر من خمس سنوات ( )

طبيعة البرامج التوجيهية المقدمة للمتعافين من إدمان المخدرات:

فيما يلي مجموعة من الخدمات التي يحتاجها المتعافين من الادمان برجاء بيان مدي تقديمها اليهم .

| طبيعة البرامج التوجيهية المقدمة للمتعافين من إدمان المخدرات | التدرج | | |
|---|---|---|---|
| | موافق | إلى حد ما | غير موافق |
| أولاً : البرامج التثقيفية | | | |
| يقوم المستشفى بعقد ندوات تثقيفية في موضوعات متعددة . | | | |
| يتم استضافة متخصصين نفسيين واجتماعيين لإرشاد المعاقين . | | | |
| تقوم المستشفى بتوزيع بعـض الكتيبـات والإرشـادات الطبيـة للمتعافين. | | | |
| يتم عمل لقاءات بـصفة مـستمرة مـع الأخـصائيين النفـسيين والاجتماعيين. | | | |
| تعمل المستشفى على تقديم بعض المسابقات لزيادة تحفيز المتعافين على التعافي من الإدمان. | | | |
| تسهم المستشفى في تقديم بعض برامج التوعية وأشـرطة الفيـديو لتعزيز السلوك الإيجابي لدى المتعافين. | | | |
| تقوم المستشفى بعمل لقاءات لتثقيف أسر المتعافين بطرق التعامـل معهم. | | | |
| ثانياً : البرامج التعليمية | | | |
| تقوم المستشفى بالتنسيق مع بعض الجهات لتعليم المتعـافين مـن الإدمان. | | | |
| تقوم المستشفى بتقديم بعض الـدورات التدريبيـة علـى المهـن والحرف. | | | |
| تقديم بعض الدورات التعليمية في تعليم الحاسب الآلي للمتعافين. | | | |
| تقديم بعض الدروس والمحاضرات في تعليم اللغات للمتعافين. | | | |
| تقدم المستشفى بعض برامج تعليم اللغات لدى المتعافين. | | | |

| طبيعة البرامج التوجيهية المقدمة للمتعافين من إدمان المخدرات | التدرج | | |
|---|---|---|---|
| | موافق | إلى حد ما | غير موافق |
| ثالثاً : برامج الوعظ والإرشاد | | | |
| تقوم المستشفى بتوفير الوعاظ وعلماء الدين للتوعية بأضرار المخدرات من خلال محاضرات يتم إلقاءها على المتعافين. | | | |
| تقدم المستشفى بعض حلقات تحفيظ القرآن الكريم والذكر للحد من العود المتعافي إلى الإدمان. | | | |
| تقوم بعمل المسابقات الدينية وتمنح جوائز للفائزين من المتعافين. | | | |
| تقدم المستشفى كتيبات لتقوية الوازع الديني لدى المتعافين للحد من عودهم إلى الإدمان | | | |
| تقدم المستشفى بعض الأقراص المدمجة لقصص الأنبياء لتوعية وتثقيف المتعافين | | | |
| رابعاً : البرامج الرياضية | | | |
| تحفز المستشفى لممارسة الأنشطة الرياضية | | | |
| توفر المستشفى المدربين الرياضيين لتدريب المتعافين على الألعاب المختلفة | | | |
| توفر المستشفى الأماكن الملائمة لممارسة الأنشطة الرياضية للمتعافين | | | |
| تنظم المستشفى دورات رياضية للمتعافين من الإدمان | | | |
| خامساً : برامج إعادة بناء الجانب العقلي والمعرفي للمتعافين | | | |
| تؤصل المستشفى مبدأ التائب من الذنب كمن لا ذنب له في نفوس المتعافين | | | |
| تقوم المستشفى بتنمية مهارات التفكير لدى المتعافين | | | |
| مساعدة المتعافين في تجاوز المواقف السلبية | | | |
| مساعدة المتعافين على تعزيز السلوكيات الإيجابية | | | |

| طبيعة البرامج التوجيهية المقدمة للمتعافين من إدمان المخدرات | التدرج | | |
|---|---|---|---|
| | موافق | إلى حد ما | غير موافق |
| سادساً : البرامج الاقتصادية | | | |
| تقوم المستشفى بالتنسيق مع الجهات المختلفة لتوفير دعـم مـادي للمتعافين | | | |
| تقوم المستشفى بمساعدة المتعافين في الحصول على وظائف فـي مؤسسات خاصة وحكومية | | | |
| تساعد جمعية أصدقاء المرضى المتعافين عن طريق الدعم المادي | | | |
| تقوم المستشفى بالتنسيق مع بعـض مراكـز التـدريب لتـدريب المتعافين وتأهيلهم لسوق العمل | | | |
| تنسق المستشفى مع القطاع الخـاص بإيجـاد بعـض الوظـائف للمتعافين | | | |
| سابعاً : البرامج النفسية | | | |
| تقوم المستشفى بتقديم برامج بناء الثقة في نفس المتعافين | | | |
| تقدم المستشفى بعض المحاضرات لأطباء نفسيين للمتعـافين مـن الإدمان | | | |
| تبحث المستشفى عوامل العود للإدمان وتقـوم بدراسـة وإيجـاد الحلول لها | | | |
| تضع المستشفى البرامج التي تساعد المتعافين لعدم العودة للتعاطي | | | |

أخرى تذكر :

.................................................................................................

.................................................................................................

.................................................................................................

.................................................................................................

.................................................................................................

ما دور البرامج الحالية للرعاية اللاحقة للمتعافين من إدمان وتعاطي المخدرات في الحد مـن عودتهم إلى التعاطي؟

| دور البرامج الحالية للرعاية اللاحقة للمتعافين من إدمان وتعاطي المخدرات في الحد من عودتهم إلى التعاطي | التدرج | | |
|---|---|---|---|
| | تتحقق | إلى حد ما | لا تتحقق |
| تسهم البرامج النفسية على وضعها الحالي في بناء شخصية المتعافي وتدفعه إلى تحمل المسؤولية | | | |
| تسهم البرامج النفسية في توفير الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية والتأهيلية اللازمة للمتعافي | | | |
| تسهم البرامج في توفير الدعم النفسي والاجتماعي للمتعافي وأسرته | | | |
| تسهم البرامج المقدمة في مساعدة المتعافي وأسرته في فهم المشكلات التي يمكن أن تواجههم بعد الخروج وإكسابهم المهارات اللازمة للتعامل معها | | | |
| تسهم البرامج المقدمة في مساعدة المتعافي وأسرته وتوجيههم بشأن التكيف مع الأوضاع والأدوار الجديدة | | | |
| تسهم البرامج التي تقدم للمتعافين في مساعدتهم بالحصول على الخدمات المجتمعية | | | |
| تساهم البرامج الدينية في مساعدة المدمن المتعافي على تقوية صلته بالله عز وجل | | | |
| تساعد البرامج المدمن المتعافي للاعتماد على نفسه وتحمل المسؤولية | | | |
| تساعد البرامج التي تقدم للمتعافين على تكوين علاقات إيجابية جديدة مع المحيطين به | | | |
| تساعد البرامج التي تقدم للمتعافي على التخطيط لشغل أوقات الفراغ واستغلالها بطريقة بناءة | | | |
| تساهم البرامج في مساعدة المدمن المتعافي على إثبات ذاته وتقبل نفسه | | | |
| تساعد البرامج المقدمة المدمن المتعافي على التعامل مع بعض المشكلات التي قد يواجهها خلال فترة التعافي | | | |
| تساعد البرامج المقدمة المتعافي على تحسين علاقاته الأسرية | | | |
| تساعد البرامج المقدمة للمتعافين في توفير الأعمال المناسبة | | | |

| دور البرامج الحالية للرعاية اللاحقة للمتعافين من إدمان وتعاطي المخدرات في الحد من عودتهم إلى التعاطي | التدرج | | |
|---|---|---|---|
| | تتحقق | إلى حد ما | لا تتحقق |
| تسهم البرامج في تعزيز قدرة المدمن المتعافي على مواجهة المواقف الصعبة | | | |
| تساعد البرامج التي تقدم للمتعافين في اتخاذ القرارات المناسبة | | | |
| تسهم البرامج المقدمة بتوعية المجتمع بتقبل المدمن المتعافي | | | |
| تساعد البرامج التي تقدم للمتعافين في تنمية السلوك الإيجابي للمدمن المتعافي | | | |
| تساعد البرامج المقدمة في تنمية مهارات المدمن المتعافي وتأهيله لمواجهة الحياة | | | |

أخرى تذكر :

..........................................................................................

..........................................................................................

..........................................................................................

..........................................................................................

..........................................................................................

*جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية*
*كلية العلوم الاجتماعية*
*قسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية*
*الدراسات العليا - ماجستير*

استبيان

تصور مقترح لبناء إستراتيجية برامج رعاية لاحقة للمتعافين من الإدمان

دراسة ميدانية ضمن متطلبات الحصول على درجة الماجستير في الخدمة الاجتماعية

مسار الإدارة والتخطيط

إعداد الطالب

عبدالرحمن محمد الخراشي

إشراف الأستاذ الدكتور

أيمن إسماعيل يعقوب

بيانات هذه الدراسة سرية ولا تستخدم الا لأغراض البحث العلمي

بسم الله الرحمن الرحيم

أخي الفاضل:

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

لما كانت مشكلة الإدمان من المشاكل التي تهادم امن المجتمعات وتدمر طاقاتها البشرية لـذلك فإن هذا الاستبيان يقف على أراء المختصين والأكاديميين نحو تصور مقترح لبناء إستراتيجية برامج رعاية لاحقه للمتعافين من الإدمان ولا شك ان عملية التعافي من الإدمان لابد ان نوليها جل اهتمامنا وان نقوم بالتخطيط للبرامج المناسبة التي تؤدي من الوقاية للعودة إلي الإدمـان من خلال برامج الرعاية اللاحقة للمتعافين من الإدمان .

لذلك فإن الاستبيان الذي بين يديكم يدور موضوعه حول (تصور مقترح لبنـاء إسـتراتيجية برامج رعاية لاحقة للمتعافين من الإدمان) ضمن متطلبات الحصول على درجـة الماجـستير في الخدمة الاجتماعية تخصص الادارة والتخطيط.

لذا نرجو التكرم بتخصيص جزء من وقتكم الثمين في الإجابة على الأسـئلة المرفقـة بكـل مصداقية حيث أنها لغرض البحث العلمي كما أنها يمكن ان تسهم في الوقاية من العودة إلـى الإدمان بعد تعافي المدمن وهذا يعتبر من الأعمال الجيدة والتي تستحق المساهمة فيها للحفـاظ على طاقتنا البشرية علماً بأن أسئلة الدراسة كانت على النحو التالي :

شاكرين ومقدرين حسن تعاونكم معنا...

الباحث .

بيانات أولية :

أولاً : بيانات أولية :

١- العمر :

١) من ٢٠ إلى ٣٠ سنة ( ) ٢) من ٣١ إلى ٤٠ سنة( )

٣) من ٤١ إلى ٥٠ سنة ( ) ٤) ٥١ سنة فأكثر ( )

٢- الحالة الاجتماعية :

١) أعزب ( ) ٢) متزوج ( ) ٣) مطلق ( ) ٤) أرمل ( )

٣- المستوى التعليمي :

١) بكالوريوس ( ) ٢) ماجستير ( ) ٣) دكتوراة ( )

٤.التخصص الدقيق:ـ يذكر ( ..........................................)

٥- سنوات الخبرة :

١) ١ إلى ٣ سنوات ( ) ٢) ٤ إلى ٦ سنوات ( )

٣) من ٧ إلى ٩ سنوات ( ) ٤) أكثر من ١٠ سنوات ( )

فيما يلي مجموعة من المقومات العلمية اللازمة لبناء استراتيجية للرعاية اللاحقة للمتعافين من الإدمان برجاء إبداء رأيك فيها:ـ

أولاً : مقوم المسئولية:ـ من وجهة نظرك من هم الذين تقع عليهم مسئولية المشاركة في وضع هذه الاستراتيجية

| من تقع عليهم مسؤولية المشاركة في تشكيل سياسة للرعاية اللاحقة للمتعافين من الادمان | التدرج | | |
|---|---|---|---|
| | موافق | إلى حد ما | غير موافق |
| ١. مجلس الوزراء | | | |
| ٢. أعضاء لجنة الشئون الصحية بمجلس الشورى | | | |
| ٣. رجال الدين بالمجتمع | | | |
| ٤. القائمون علي تنفيذ البرامج الخاصة برعاية المدمنين | | | |
| ٥. خبراء في المجالات الأمنية | | | |
| ٦. المتطوعون المهتمون بقضايا المدمنون | | | |
| ٧. ممثلو الأندية الرياضية | | | |
| ٨. الأخصائيون الاجتماعيون بمؤسسات رعاية المدمنين | | | |
| ٩. الأكاديميون ممن لهم اهتمامات برعاية المدمنين | | | |
| ١٠. رجال الأعمال | | | |
| ١١. العاملون في مجال الإعلام | | | |

أخرى تذكر :

.................................................................................................

.................................................................................................

.................................................................................................

.................................................................................................

.................................................................................................

ثانياً : مقوم نوعية الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعافين من الادمان.

| نوعية الخدمات التي يجب أن تقدم للمتعافين من الادمان | التدرج | | |
|---|---|---|---|
| طبيعة الخدمات | موافق | إلى حد ما | غير موافق |
| ١. الخدمات الرياضية | | | |
| ٢. الخدمات الثقافية | | | |
| ٣. الخدمات الاجتماعية | | | |
| ٤. الخدمات المساعدة ( نفسية تأهيلية .الخ) | | | |
| ٦. برامج التربية والانتماء الوطني | | | |
| ٧. برامج تشغيل مناسبة | | | |
| ٨. برامج الصيانة والتشغيل لأماكن التأهيل | | | |
| ٩.برامج تنمية القوي البشرية العاملة في مجالات رعاية المتعافين من الادمان | | | |
| ١٠. برامج تأهيلية وتدريبية | | | |
| ١١. برامج رعاية صحية | | | |

أخرى تذكر :

.....................................................................................................

.....................................................................................................

.....................................................................................................

.....................................................................................................

.....................................................................................................

ثالثا: مقوم المنظمات التي يجب أن يوكل لها مسئولية المشاركة في تشكيل سياسة اجتماعية لرعاية المتعافين من الادمان

| أنواع المنظمات | التدرج | | |
|---|---|---|---|
| | موافق | إلى حد ما | غير موافق |
| ١. هيئة الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر | | | |
| ٢. الأندية الرياضية والاجتماعية | | | |
| ٣. جمعيات بيوت الشباب | | | |
| ٤. مراكز رعاية الشباب | | | |
| ٥. المدارس بكافة انواعها | | | |
| ٦. أجهزه الإعلام | | | |
| ٧. فروع الوزارات بجميع أنواعها | | | |
| ٨.القطاع الخاص | | | |
| ٩. الأجهزة السياسية | | | |
| ١٠. الأجهزة الأمنية | | | |
| ١١. وزارة العدل | | | |
| ١٢. وزارة الشؤون الاجتماعية | | | |
| ١٣. المجتمع المدني | | | |

أخرى تذكر :

.......................................................................................................

.......................................................................................................

.......................................................................................................

.......................................................................................................

.......................................................................................................

رابعاً : مقوم الموارد التي يمكن الاستفادة منها في تنفيذ السياسة رعاية الشباب"ـ

| مصادر الموارد | التدرج | | |
|---|---|---|---|
| | موافق | إلى حد ما | غير موافق |
| ١. جزء من الميزانية العامة للدولة | | | |
| ٢. استقطاعات من عوائد تشغيل المنشآت الرياضية | | | |
| ٣. استقطاعات من مشروعات الترفية بالمجتمع | | | |
| ٤.التبرعات والهبات والوصايا والأوقاف | | | |
| 5.إقامة المعارض الخيرية والاستفادة من حصيلتها في البرامج اللاحقة للرعاية | | | |
| ٦. الاستفادة من القطاع الخاص ومساهمات رجال الأعمال | | | |
| ٧. الغرفة التجارية | | | |

أخرى تذكر :

.........................................................................................

.........................................................................................

.........................................................................................

.........................................................................................

.........................................................................................

خامسا: مقوم المستفيدين من المتعافين:ـ

| المستفيدين من المتعافين | التدرج | | |
|---|---|---|---|
| | موافق | إلى حد ما | غير موافق |
| المتعافين الذين لم يحصلوا على آية عقوبات سالبة للحرية | | | |
| المتعافين الذين حصلوا على عقوبات سالبة للحرية | | | |
| المتعافين الذين يلتحقون بالمستشفيات برغبتهم | | | |
| المتعافين الذين يلتحقون بالمستشفيات عن طريق الأهل | | | |
| المتعافين الذين يلتحقون بالمستشفيات من جهات أمنية | | | |

أخرى تذكر :

..........................................................................................................

..........................................................................................................

..........................................................................................................

..........................................................................................................

..........................................................................................................

بسم الله الرحمن الرحيم

KINGDOM OF SAUDI ARABIA
Ministry of Higher Education
Al-Imam Muhammad Ibn Saud
Islamic University
COLLEGE OF SOCIAL SCIENCES IN RIYADH

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية
كلية العلوم الاجتماعية بالرياض

الرقم : ٦٤/٢٠٩ التاريخ : ١/٢/١٤٣١هـ المشفوعات : /

**سعادة مدير مستشفى الأمل والصحة النفسية بالشرقية حفظه الله**

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ....... وبعد :

يرغب الطالب / عبدالرحمن بن محمد الخراشي ، الدارس بمرحلة الماجستير بقسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية في كلية العلوم الاجتماعية جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بالرياض في إجراء دراسة ميدانية بعنوان **" تصور مقترح لبناء إستراتيجية برامج رعاية لاحقة للمتعافين من الإدمان"**
لذا نأمل التكرم بتسهيل مهمة الطالب لديكم وتزويده بما يحتاج من معلومات ، مع تأكيدنا لسعادتكم أن جميع المعلومات سوف تعامل بسرية تامة ولن تستخدم إلا في الأغراض العلمية .

**والله يحفظكم ويرعاكم ،،،**

**عميد كلية العلوم الاجتماعية**

**د. فوزان بن عبدالرحمن الفوزان**

الرياض - ص . ب: ٥٧٠١ - الرمز البريدي ١١٤٣٢ - هاتف : ٢٥٨٥٧٠١ - فاكس ٢٥٩٠١٧٧
Riyadh 11432 - P.O. Box. 5701 Tel. 2590179 - 2585701-Fax: 2590177

بسم الله الرحمن الرحيم

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية
كلية العلوم الاجتماعية بالرياض

KINGDOM OF SAUDI ARABIA
Ministry of Higher Education
*Al-Imam Muhammad Ibn Saud*
*Islamic University*
COLLEGE OF SOCIAL SCIENCES IN RIYADH

الرقم : ١٠٦٦٢٠/ش التاريخ : ١/٢/١٤٣١هـ المشفوعات : ............../

**سعادة مدير مستشفى الأمل والصحة النفسية بالرياض حفظه الله .**

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ....... وبعد :

يرغب الطالب / عبدالرحمن بن محمد الخراشي ، الدارس بمرحلة الماجستير بقسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية في كلية العلوم الاجتماعية جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بالرياض في إجراء دراسة ميدانية بعنوان **" تصور مقترح لبناء إستراتيجية برامج رعاية لاحقة للمتعافين من الإدمان"**
لذا نأمل التكرم بتسهيل مهمة الطالب لديكم وتزويده بما يحتاج من معلومات ، مع تأكيدنا لسعادتكم أن جميع المعلومات سوف تعامل بسرية تامة ولن تستخدم إلا في الأغراض العلمية .

**والله يحفظكم ويرعاكم ،،،**

**عميد كلية العلوم الاجتماعية**

**د. فوزان بن عبدالرحمن الفوزان**

الرياض – ص . ب: ٥٧٠١ – الرمز البريدي ١١٤٣٢ – هاتف : ٢٥٨٥٧٠١ – فاكس ٢٥٩٠١٧٧
Riyadh 11432 - P.O. Box. 5701 Tel. 2590179 - 2585701-Fax: 2590177

بسم الله الرحمن الرحيم

KINGDOM OF SAUDI ARABIA
Ministry of Higher Education
*Al-Imam Muhammad Ibn Saud*
*Islamic University*
*COLLEGE OF SOCIAL SCIENCES IN RIYADH*

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية
كلية العلوم الاجتماعية بالرياض

الرقم : ......٦٠٢٦/ك...... التاريخ : ١/ ٣/ ١٤٣١ هـ المشفوعات : ...........

**سعادة مدير مستشفى الأمل والصحة النفسية بجدة حفظه الله**

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ....... وبعد :

يرغب الطالب / عبدالرحمن بن محمد الخراشي ، الدارس بمرحلة الماجستير بقسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية في كلية العلوم الاجتماعية جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بالرياض في إجراء دراسة ميدانية بعنوان **" تصور مقترح لبناء إستراتيجية برامج رعاية لاحقة للمتعافين من الإدمان"**
لذا نأمل التكرم بتسهيل مهمة الطالب لديكم وتزويده بما يحتاج من معلومات ، مع تأكيدنا لسعادتكم أن جميع المعلومات سوف تعامل بسرية تامة ولن تستخدم إلا في الأغراض العلمية .

**والله يحفظكم ويرعاكم ،،،**

**عميد كلية العلوم الاجتماعية**

**د. فوزان بن عبدالرحمن الفوزان**

الرياض – ص . ب: ٥٧٠١ – الرمز البريدي ١١٤٣٢ – هاتف : ٢٥٨٥٧٠١ – فاكس ٢٥٩٠١٧٧
Riyadh 11432 - P.O. Box. 5701 Tel. 2590179 - 2585701-Fax: 2590177

الرقم : ٦/٢٥٠٧ التاريخ : ١ / ٢ / ١٤٢١ هـ المشفوعات : ............

**سعادة عميدة كلية البنات بالرياض** **حفظه الله**

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ....... وبعد :

يرغب الطالب / عبدالرحمن بن محمد الخراشي ، الدارس بمرحلة الماجستير بقسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية في كلية العلوم الاجتماعية جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بالرياض في إجراء دراسة ميدانية بعنوان " **تصور مقترح لبناء إستراتيجية برامج رعاية لاحقة للمتعافين من الإدمان"**
لذا نأمل التكرم بتسهيل مهمة الطالب لديكم وتزويده بما يحتاج من معلومات ، مع تأكيدنا لسعادتكم أن جميع المعلومات سوف تعامل بسرية تامة ولن تستخدم إلا في الأغراض العلمية .

**والله يحفظكم ويرعاكم ،،،**

**عميد كلية العلوم الاجتماعية**

**د. فوزان بن عبدالرحمن الفوزان**